

كتاب

نهاية الاصل والفرع في التسمع والقرع

تأليف

سعادة الدكتور الشهير والعالم النحرير

عيسى حمدى باشا

رئيس المدارس الطبية المصرية وخوجة الامراض الباطنية بها

وحكيمباشى قسم الامراض الباطنية باسبتالية القصر العينى

وحكيمباشى فاميلياى خديوى

(الطبعة الاولى)

بالمطبعة الميرية العامرة ببولاق مصر القاهرة

سنة ١٣٠٤ هجريه

ولسعادة مؤلفه جملة مؤلفات منها ما هو باللغة العربية ومنها ما هو باللغة الفرنساوية فما باللغة العربية

عدد		مجلد
١	هبة المحتاج فى الطب الباطنى والعلاج	٢
١	لمحات السعادة فى فن الولادة	١
١	بلوغ الآمال فى صحة الحوامل والاطفال	١
١	نتائج الاقوال فى الامراض الباطنيه للاطفال	١
١	واضح المنهاج فى فن العلاج	١
١	المعراج فى الطب الباطنى والعلاج	٣

وما باللغة الفرنساويه كتابان أحدهما فى الختان والآخر فى البروبيلامينا



(بسم الله الرحمن الرحيم)

حمدا لمن قرع باب كرمه يؤدى الى المطلوب وسماع أوامره ونواهيه يوصل الى نهاية المرغوب وصلاة وسلاما على من اختص بمشخصات الكمال اختصاص النهاية وحاز بباهر حكمته البالغة ماقصرت عنه كل غاية

وبعد فيقول راجى الرعاية من ربه المعيد المبدى المستعين به فى أقواله وأفعاله عبده (عيسى حمدى) لما كان تعيين العلاج مبنيا على التحقق من معرفة الامراض والوقوف على حقائقها بمشاهدة ماينشأ عنها من المضاعفات والاعراض ولا سبيل الى ذلك الا بسلوك طرق التشخيص المفيده بالاطلاع على استكشافات ذوى الآراء الفائقة السديده ألفت كتابا فى هذا الموضوع وجيز الالفاظ كثير المعانى سهل المأخذ قريب المراجعة للباحث والمعانى وسميته (نهاية الاصل والفرع فى التسمع والقرع) أداء لما يجب على كل انسان من خدمة وطنه بقدر الامكان وقياما

ببعض الشكر لسدة ولى نعمتى رب المعارف والعدل والاحسان
خلاصة بيت المكارم والمجد ونخبة ذوى المهابة والسيادة والسعد

مولاى دام أبو العباس من ظهرت * آيات توفيقه كالشمس فى الحمل

أدام الله عدله فى رعيته وشيد بنفوذ سطوته مبانى دولته قرير
العين بنجابة حضرات الانجال ما تعاقبت الايام والليال مع
تشكرى لذى القول الفصل المبين وكيل المعارف العمومية سعادة
يعقوب باشا أرتين لازال بدر سعوده فى سماء المعارف طالعا وزهر
رياضه بين الازهار أبدا يانعا بالغا من كل كمال أقصى غايه رافلا
فى حلل المهابة فى المبدا والنهاية آمين

(فى التسمع والقرع)

التسمع والقرع من الوسائط القوية التى بها يتحصل على تشخيص بعض الامراض الباطنية وفى الواقع اذا تأملنا فى التقدمات الطبية نرى أن التشريح المرضى والطرق الطبيعية للبحث عن الاجهزة المختلفة قد ساعدت كثيرا هذه التقدمات لان التشخيص كان مبهما مذ كان لايلتفت الا للتغيرات الوظيفية وأما الآن فقد صار سهلا وأكيدا من منذ تطبيق الميكروسكوب على دراسة التغيرات المرضية واعتبار التغيرات التى تدرك بالحواس أى الطرق الطبيعية للبحث فان معرفة المرض الذى درست أعراضه بالحواس تكون أتم وآكد من معرفة المرض الذى درس فى الكتب ولذا نرى التشخيص تقدم وبناء عليه المعالجة من عهد تطبيق التسمع والقرع على البحث عن المريض ونال مخترع هذا الفن شهرة أبى الطب (أى ايوقراط) ولكنه لم يكن مجهولا جهلا مطلقا فى عهد ايوقراط وأهل عصره حيث انه وجدت آثار تدل على التفات ايوقراط للتسمع انما ترك فى زوايا الاهمال ولم يظهر الا بعد ٢٢ قرنا من بعده والذى أحيا رسومه المندرسة هو الشهير (لانيك) الذى كان رئيس الاكلينيك فى اسبتالية الصدقة بباريز (المسماة باسبتالية شاريتيه)

(منفعة التسمع فى البحث عن المريض)

يعرف أولا بواسطة التسمع كون اضطرابات التنفس ناشئة عن مرض فى الصدر فقط أو اشتراكية لمرض أحد الاجهزة الاخرى
ثانيا تعرف به أمراض الجهاز التنفسى عند عدم وجود الاعراض الوظيفية
ثالثا به يعرف مجلس هذه الامراض ودرجتها واتساعها ومضاعفاتها
رابعا يعلم به التغيرات المرضية للصدر عند عدم امكان التكلم كما عند الاطفال

(فى القواعد التى ينبغى اتباعها فى فعل التسمع)

يلزم أولا كون الجزء المراد فعل التسمع عليه عاريا أو مغطى بقطعة من القماش الناعم غير المنشى وتبسط جيدا بحيث لا تتكون ثنيات كى لا يحصل منها احتكاك بوضع المسماع عليها يغطى اللغط المراد سماعه ولذا ينبغى رفع الملابس الثخينة سيما التى من الصوف أو الحرير وتغطية الجزء المراد بحثه بنحو قميص أو منديل أو قطعة من القماش الناعم كما ذكرنا لمنع تأثير البرد فقط وعلى الطبيب أن يضع نفسه فى الجهة التى يريد البحث عنها أو فى الجهة المقابلة اذا كان ذلك أسهل له فاذا أراد البحث عن ألغاط القلب مثلا وقف عن يسار المبحوث أو عن يمينه وفى الاحوال

التى

التى يشك فى بحثها يقف فى الجهتين على التوالى وعلى العموم فالجهة المقدمة تسمع باذن والخلفية بأخرى فيجب التعود على البحث بهما

ثم ان التسمع يكون اما بالاذن العارية أو المساعدة بآلة وان كانت الآلة ليست ذات أهمية عظمى ففى بعض الاحوال تفضل الاذن العارية وذلك متى كان القصد سماع جزء متسع لانها تدرك الالغاط فى سعة ممتدة حيث ان جميع أجزاء الرأس الملامسة للصدر جيدة التوصيل ويفضل استعمال المسماع عند البحث عن الجهة المقدمة لصدر النساء لتجنب حصول الحياء والخجل من ملامسة الاذن لجسم المريضة كما يفضل أيضا فى البحث تحت الابط أو الاربية أو العنق أو فوق الترقوة عند النحفاء أو الحفرة فوق الشوكة لأن دائرة الاذن لايمكن وضعها وضعا محكما فى هذه الاقسام وتستعمل الآلة أيضا عند الاشخاص القذرين أو المصابين بأمراض جلدية أو المغطى جسمهم بعرق غزير وقد يكتفى فى هذه الاحوال الاخيرة بوضع نحو منديل على الجسم وتفضل الاذن حيث انها موجودة على الدوام وأما الآلة فلا يتفق وجودها دائما ويفيد استعمال الآلة فى تحديد اللغط مع الضبط وذلك لايمكن بالاذن العارية الا اذا كانت متمرنة وعلى العموم كلما تمرن الطبيب قل احتياجه للآلة

(فى شكل المسماع ومادّته)

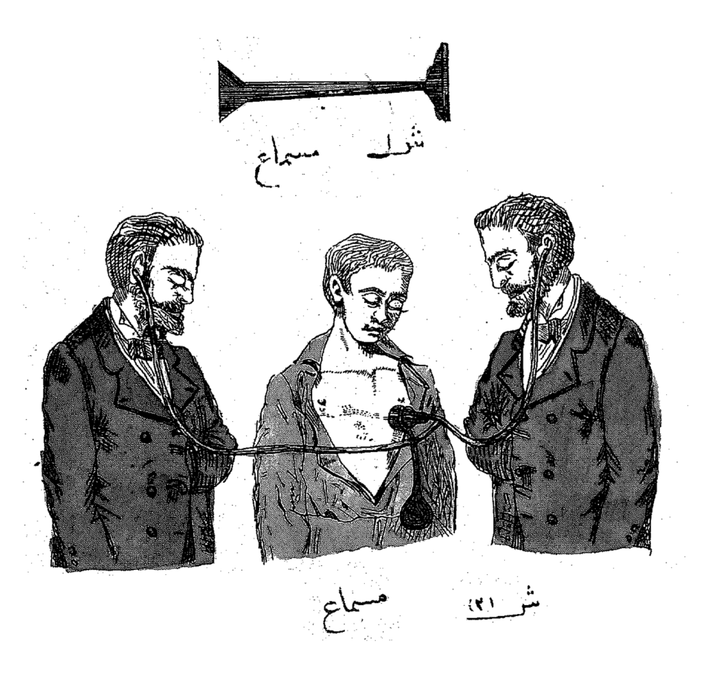
ليس لكل من شكل المسماع ومادته أهمية فى التسمع ففى الزمن السابق كان المستعمل فى ذلك عبارة عن قطعة خشب اسطوانية الشكل مسطحة ثم استبدلها المعلم (لويس) باسطوانة مجوّفة من خشب الآبنوس طولها من ١٤ : ١٧ سنتيمتر وعرض قاعدتها نحو الاربعة سنتيمتر ضيقة فى ثلاثة ارباعها العليا ومنتهية من أعلى بقرص مفرطح مستو تقريبا معدّ لارتكاز الاذن عليه ويكون هذا القرص من نفس خشب المسماع الذى يكون حينئذ مكوّنا من قطعة واحدة وهذا هو المفضل والاكثر استعمالا ينظر شكل (١) لوحة أولى

وتوجد عدة أنواع من المسماع فالمعلم (لاندوزى) نوّعه وجعله كثير الفروع كى يسمح بفعل التسمع من جملة أطباء فى آن واحد ينظر شكل (٢) لوحة أولى

وهنالك نوع آخر من معدن بكيفية بها يكون المسماع ذا فرعين كل واحد منهما يوفق على اذن من اذنى الطبيب وهذا النوع كثير الاحساس فتضطرب به حواس الطبيب فلا يمكنه تمييز الالغاط الحقيقية وعلى العموم فالمسماع البسيط الاعتيادى هو الاحسن والمختار

ولاجل استعمال المسماع يلزم ضبطه بين الاصابع كقلم الكتابة

ويوضع


شكل مسماع
شكل (٢) مسماع

ويوضع مقاطعا للقسم المراد استماعه ويكون وضعه فى نقطة مستوية السطح كى يصير محكما وينبغى أن تكون اليد الماسكة له فى سكون تام ثم توضع الاذن مع التحكيم على صيوان الآلة لأن استمرار دخول الهواء بين الاذن والآلة أو بين الآلة وسطح الجسم ينشأ عنه لغط أو صوت يغطى الالغاط المراد استماعها فلاجل تجنب ذلك يضغط المسماع بالاذن على الجزء المبحوث عنه ضغطا خفيفا لان الضغط القوى يضعف حاسة السمع ويؤلم المريض وربما يزيد فى الاعراض المرضية كالالم وعسر التنفس وتغير الرنة الصدرية

ويلزم فعل التسمع المقابل اذبه تدرك الظواهر الموجودة ولو خفيفة بوضوح لان الجهة السليمة تخدم كأنموذج كما انه يلزم أن يكون الحاضرون فى سكون وان يستمع زمنا كافيا

(فى التسمع على الجهاز التنفسى)

فى البحث عن هذا الجهاز يفعل التسمع على الصدر وعلى القصبة الهوائية وعلى الحنجرة والقصد من سماع الجهاز التنفسى دراسة ثلاثة ظواهر طبيعية وهى الخرير التنفسى والصوت والسعال

(فى الخـرير التنفسى)

(قواعد عمومية)

يوضع المريض فى أوضاع مختلفة تبعا لنقط الصدر المراد استماعها

ففى التسمع عن الجهة المقدمة يكون المريض اما واقفا وذراعاه مرتخيان ومتقاربان من جسمه أو جالسا على كرسى أو مضطجعا على فراشه

وهذه الحالة الاخيرة هى المفضلة لان المريض يكون مرتكزا بظهره وبذلك يصير فى سكون تام

وفى استماع الجهة الخلفية من الصدر يكون المريض واقفا أو جالسا على كرسى أو على فراشه مصالبا ذراعيه نحو الامام وان كان المريض لاقدرة له على الجلوس يوضع فى هذه الحالة على بطنه أو على أحد جانبيه وفى جميع هذه الاوضاع ينبغى أن يكون الرأس والكتفان فى علو وضع واحد

وفى استماع الجهة الجانبية يوجه ذراع الجهة المراد استماعها نحو الراس وبالجملة فالمفضل من هذه الاوضاع هو الوضع العامودى اذا سمحت حالة المريض به لان الطبيب يمكنه حينئذ التسمع بكل من أذنيه و يطوف حول المريض بسهولة وعلى كل حال يلزم المريض أن يتنفس بدون احداث الغاط بفمه وبدون عوق تنفسه الذى ينبغى أن يكون متوسطا فعلى الطبيب أن يراعى حركات الصدر عند وضع أذنه للتسمع ويأمر المريض بفعل تنفس قوى متى أراد ادراك بعض ظواهر لايمكن ادراكها فى التنفس المتوسط انما يلزم اعتبار قوة التنفس واذا لم يعرف المريض ان يتنفس كالمطلوب

أمر

امر بالتكلم بجملة طويلة أو بالسعال لانه يعقب ذلك حركة شهيق قوية مستطيلة ويجب على الطبيب أن يكون فى راحة تامة كى يمكنه وضع أذنه مع السكون التام بدون أن يكون رأسه مائلا تجنبا للاحتقان الذى يضعف احساس سمعه

(فى الظواهر الفيسيولوجية للخرير التنفسى)

(فى أوصاف الخرير التنفسى)

متى كانت المسالك الهوائية خالصة والرئتان متمتعتين بلينهما ومرونتهما الطبيعيين وقابلتين للانقباض والانبساط وكانت خلاياهما صغيرة ذات جدر رقيقة وتسمح بوصول الهواء الى باطنها وكان سطح البليورا أملس وتجويفها خاليا من التغيرات ووضعت الأذن على الصدر يسمع خرير شبيه بصوت شخص نائم تكون أعضاؤه فى راحة تامة أو شبيه بالصوت الناشئ عن فعل زفير قوى كما يحصل ذلك فى التنهد وهذا هو التنفس الطبيعى المعروف بالتنفس الحويصلى وبالخرير التنفسى وهو صوت لطيف قوى مستطيل مدة تمدد الصدر وضعيف قصير مدة انقباضه أى انه ينقسم الى زمنين زمن يحصل فيه صوت شهيقى وزمن يحصل فيه صوت زفيرى وكلاهما مستمر أى ليس متقطعا

وعلى العموم فالصوت الخريرى يكون أكثر قوة فى النقط التى

تكون فيها الرئة سميكة وسطحية مثل حفرة الابط والجزء المقدم العلوى من الصدر والجهة الجانبية ثم الخلفية ويكون التنفس قويا وخشنا فى نقط الصدر المقابلة للتفرعات الشعبية خصوصا عند نحيفى الاجسام ويكون التنفس قويا أيضا فى قمة الرئة اليمنى عن اليسرى ونسب ذلك المعلم (لويس) لازدياد سعة الشعبة اليمنى فينتج مما ذكر ان مساواة درجة نغم التنفس فى جميع أصقار الصدر تدل على حالة مرضية سيما اذا كان التنفس ضعيفا فى القمة اليمنى أو متزايدا فى اليسرى

واذا كان التنفس سريعا ممتلئا تزداد قوة الخرير التنفسى وتطول مدته وأما اذا كان سريعا فقط فتزداد قوته وتقصر مدته وعند أغلب الاطفال يكون التنفس الطبيعى قويا متزايد العدد ويسمى بالتنفس الطفلى فاذا لم توجد هذه الصفة فى تنفسهم فلا يختلف عن تنفس الشبان لان التنفس الطفلى ناشئ عن تزايد حركات التنفس وعن امتلائها فعند الاطفال تبلغ حركات التنفس ٢٤ فى الدقيقة وتكون أقل من ذلك عند الشبان وأقل منها عند الشيوخ الذين يكون تنفسهم أيضا خشنا رنانا وهذا ناشئ عن ضمور بعض الخلايا الرئوية وفقد رخاوة الرئة ومرونتها الطبيعيتين

ويكون الخرير التنفسى قويا عند الاشخاص النحفاء المتسعى

الصدر

الصدر ذى الجدر الرقيقة وبالعكس يكون ضعيفا عند ضيق الصدر ذى الجدر السميكة والمشى والانفعال يزيدان فى قوة الخرير التنفسى

وقد يدرك بتسمع الصدر صوت شبيه بصوت عربة محملة سائرة من بعد وهذا ناشئ عن انقباض العضلات الصدرية ويتميز عن الخرير التنفسى باستمراره وعدم انقسامه الى زمنين غير متساويين

وقد يسمع فرقعة خفيفة فى الصدر فى ابتداء التنفس السريع الممتلئ ثم تزول هذه الفرقعة بسرعة وهى ناشئة عن التمدد الفجائى للحويصلات الرئوية بالهواء واذا وضع المسماع على القصبة سمع فى زمنى التنفس خرير قوى غليظ يسمى بالتنفس القصبى ويسمع أيضا متى وضع المسماع على الحنجرة وهذا النغم يشبه الصوت الناشئ عن النفخ فى كهف ويسمى بالتنفس القصبى والحنجرى والصوت القصبى والحنجرى ناشئ عن اهتزاز عامود الهواء بالاحبلة الصوتية وبالتجاويف الحنجرية وبانقسام الشعب وأما الصوت الحويصلى فناشئ من دخول الهواء فى الحويصلات الرئوية لان اتساعها أعظم من سعة الانتهاآت الشعبية

(فى الظواهر المرضية)

متى وصل الهواء بسرعة وبكمية زائدة عن الحالة الطبيعية الى

جزء من الرئة أوتضاعفت وظيفة هذا الجزء لتعويض وظيفة جزء آخر فقوة التنفس الطبيعي تزداد فى ذلك الجزء ويسمى حينئذ بالتنفس القوى أو العوضى بخلاف ما اذا وصل الهواء الى الحويصلات الرئوية ببطء وبكمية قليلة أوكانت الرئة متباعدة عن الاذن فان التنفس الحويصلى يكون ضعيفا واذا امتنع وصول الهواء الى الحويصلات الرئوية انعدم التنفس الحويصلى بالكلية واذا أسرعت حركات الصدر تواتر التنفس واذا أبطأت قل تواتره واذا كان الشهيق والزفير أو أحدهما متقطعا يقال للتنفس وثبى أو متقطع واذا خرج الهواء ببطء وكان هنالك تغير يزيد فى تقوية الصوت الحويصلى ظهر مايقال له التنفس ذو الزفير المستطيل .

واذا فقدت الرئة لينها بسبب الرسوبات الدرنية المنتشرة فى جوهرها صار التنفس خشنا واذا ازدادت كثافة المنسوج الرئوى وانسدت الحويصلات الرئوية مع سلامة الشعب التى هى أنابيب ذات جدر صلبة صار التنفس شعبيا أو أنبوبيا واذا كانت الرئة محفورة بتجويف متصل بالشعب صار التنفس كهفيا فاذا كانت هذه الكهوف متسعة أوكان هنالك انثقاب رئوى به حصل تواصل مع تجويف البليورا والشعب تكون مايسمى بالتنفس القدرى ذى الرنة المعدنية ففى جميع هذه الاحوال يتنوع الخرير التنفسى فى

قوته

قوته وفى رنته وفى أحوال أخرى يصير ضعيفا جدا ويستعاض بظواهر أخرى يقال لها أصوات غير طبيعية فمثلا متى كانت البليورا مغطاة بأغشية كاذبة فبتغيير وضع الرئة مدة حركات التنفس ينشأ صوت احتكاكى واذا كانت المسالك الهوائية ضيقة أو مغطاة بمادة مخاطية فرور الهواء فيها حينئذ يحدث أصواتا صفيرية أو شخيرية أو تتكون فقاعات مختلفة الغلظ متى انفجرت تعطى أصواتا تسمى بالالغاط الفرقعية والتحت فرقعية والكهفية والموسيقية فاللغط الصفيرى ينشأ عن ضيق الشعب واللغط الشخيرى عن تحرك المادة المخاطية بالهواء واللغط الفرقعى عن انفجار فقاعات مخاطية صغيرة واللغط تحت الفرقعى ينتج من انفجار فقاعات مخاطية غليظة والصوت الموسيقى ينشأ عن انفجار فقاعات بعضها كبير وبعضها صغير وما بينهما ومهما كانت تغيرات التنفس الحويصلى يمكن حصرها فى أربعة أشياء

أولا تغيرات فى نغم الخرير الحويصلى

ثانيا تغيرات فى طرزه

ثالثا تغيرات فى صفته

رابعا أصوات غير طبيعية

(فى تغيرات نغم الخرير الحويصلى أى التنفسى)

اللغط التنفسى قد يكون متزايدا وقد يكون متناقصا أو مفقودا

فالتنفس المتزايد أو القوى أو العوضى أو الطفلى أو التنفس فوق الحويصلى هو تنفس طبيعى زائد الشدة والمدة بسبب فيسيولوجى أو مرضى وقد يكون خشنا أو شعبيا أو كهفيا فشدة الخرير الحويصلى الفيسيولوجى تختلف على حسب الاشخاص والسن وتواتر وطول الحركات التنفسية لكن بفعل التسمع المقابل يعرف كون التزايد طبيعيا أو مرضيا لان التنفس متى كان بصفة واحدة فى جميع نقط الصدر ماعدا الاصفار التى ذكرت فى مبحث الظواهر الطبيعية يعتبر فيسيولوجيا وأما اذا كان التنفس متزايدا فى بعض نقط ومتناقصا فى نقط أخرى يعتبر مرضيا

والتنفس الخشن يتميز عن التنفس العوضى برنينه الذى يكون قويا وبطول مدة زفيره وباصطحابه بظواهر أخرى كتناقص رنين جدر الصدر وكذا النفخ الشعبى والكهفى يتميزان عن التنفس العوضى باصطحابهما بتناقص رنين الجدر الصدرية

(أسباب تزايد الخرير التنفسى)

تزايد شدة الخرير الحويصلى تنشأ عن تزايد كمية الهواء الداخلة فى الحويصلات الرئوية لجزء ما كما انه ينشأ عن المرور الكثير السرعة للهواء فى المسالك الهوائية أو عن امتلاء عدد أكثر من الحويصلات الرئوية كما قاله بعضهم أى انه فى حالة الصحة لا تمدد

جميع

جميع الحويصلات الرئوية لكنها تتمدد جميعها فى الحالة المرضية لتعويض الحويصلات المتغيرة

(تفسير تزايد قوة نغم الخرير التنفسى)

اذا حصل انسكاب بليوراوى وضغط على احدى الرئتين فالرئة السليمة تعوّض وظيفة الرئة المضغوطة وكذا اذا تراكم الدرن فى جزء تامن الرئة وبذلك صارت جملة حويصلات غير سامحة لقبول الهواء فالحويصلات الجانبية تؤدى وظيفة مزدوجة لتعويض ذلك الفقد وهذا يحصل أيضا عند ما يوجد تغير فى صفر من الرئة فينتج من ذلك ان الخرير الحويصلى متى تزايد فى القوة يعلن بوجود تغير رئوى قليل البعد أو كثيره من جدر الصدر فحينئذ يخدم فى التشخيص لانه يوقف الطبيب على أثر التغير وبالظواهر المرضية الاخرى يمكن معرفة التغير ومجلسه وطبيعته فثلا فى الالتهاب الرئوى المركزى تزايد شدة نغم التنفس الحويصلى يعرفنا التغير الرئوى قبل ظهور العلامات الخاصة بالالتهاب بجملة أيام

(فى ضعف الخرير الحويصلى)

ضعف الخرير التنفسى هو من التناقص الخفيف الى الفقد التام وهذا يحصل فى زمنى التنفس ولطافته قد تحفظ أو تستعاض

بخشونة ويكون قريبا من الاذن أو متباعدا وشاغلا لمحلات مختلفة محدودة أو متسعة فى جهة واحدة أوفى الجهتين معا وثابتا فى النقط الموجود فيها أو يكون وقتيا متنقلا

(أسباب ضعف الخرير الحويصلى)

ضعف الخرير التنفسى ينشأ عن وجود جسم صلب أو تجمع غازى أو سائل فى تجويف الصدر يبعد الرئة عن الجدر الصدرية بحيث ان الصوت لايصل الى أذن السامع الا بعد مروره بهذه الاوساط ذات الكثافة المختلفة فيضعف وقد ينشأ ضعفه عن نقص تمدد الجدر الصدرية أو عن نقص كمية الهواء الداخلة فى الرئة لوجود عائق فى الشعب أوفى الحنجرة فحينئذ يعد من أسباب ضعف الخرير الحويصلى الانسكابات القليلة الكمية بسبب انضغاط الرئة وهبوط الحويصلات الرئوية ومنها رسوب أغشية كاذبة ثخينة على سطح هذا العضو ومنها ضيق تجويف الصدر ومنها وجود نزلة حدارية مؤلمة لعضل جدر الصدر فلا يتمدد تمددا كافيا خشية الألم ومنها امراض الحنجرة ومنها انسداد فرع أو جملة فروع شعبية بواسطة تجمعات مخاطية أو بوجود جسم غريب فيها أو بسبب انضغاطها بورم ما ومنها تناقص مرونة الحويصلات الرئوية أو فقدها كما فى الانفزيما الرئوية التى فيها تكون بعض

الحويصلات متمددة بالهواء من قبل فلاتقبل كمية أخرى منه لفقد مرونتها

وأما ضعف التنفس فى السل الرئوى فى الدرجة الاولى فينشأ عن انتشار الدرن فى نفس جوهر الرئة أى فى حويصلاتها أوفى النسيج الخلوى الموجود بين الاوعيـة وبينها فيضغط عليها أو عن انضغاط الفريعات الشـعبية بواسطة العقد الينفاوية الشعبية المرتشحة بالدرن وبالجملة يضعف الخرير التنفسى فى سرطان الرئة وسرطان التامور واونوريزماه واستسقائه وباندفاع الاحشاء البطنيـة الى أعلى كما فى الاستسقاء الزقى أو غير ذلك أو من تزايد حجمها كضخامة الكبد وأيضا يضعف الخرير الحويصلى فى بعض نوب الامراض العصبية كالاستيريا لكنه يزول بزوالها وقد يكون ضعيفا عنـد الراشيتسميين لتغير شكل صدورهم

ولاجل معرفة سبب ضعف الخرير التنفسى معرفة اكيـدة ينبغى اعتبار الظاهرة ومجلسها وسعتها وسيرها ومدتها ومثلها الظواهر السماعية الاخرى والكيفية التى ظهرت بها عمومية وموضعية فمثلا اذا شوهد تناقص الخرير التنفسى فى الجزء السفلى لاحدى جهتى الصـدر مع تباعده الواضح عن الاذن واصطحابه باصمية تامة يعلن ذلك بوجود انسكاب فى تجويف البليورا أو بتراكـم أغشـية كاذبة متخللة بمادة مصلية واما اذا اصطحب التناقص

المذكور بألم حاد فى الجهة المريضة بدون تغير فى رنين الصدر وبدون
حمى دل على حالة حداربة
واذا كان عاما لجهتى الصدر مع تزايد فى الحركات الشهيقية
ووجود الرنين الطبيعى للصدر دل على وجود عائق مانع لدخول
الهواء فى المسالك الهوائية العليا فاذا اقتصر على بعض الجهات
وزال بعد السعال وتعاقب مع لغط مخاطى دل على حالة نزلية
للشعب أما اذا كان التناقص وقتيا متقطعا متنقلا فى نقط
مختلفة والظواهر المصاحبة له توجب الظن بوجود جسم غريب
فى المسالك الهوائية علم تنقل ذلك الجسم فاذا دام التناقص
جملة شهور بدون تغير واضح فى العلامات الموضعية والاعراض
العمومية شخص تضايق الشعب فاذا كان تناقص الخرير الحويصلى
شاغلا لسعة عظيمة لجهة من الصدر أو جهتيه معا وكان مصحوبا
بلغط صفيرى وتحدب فى جدر الصدر وتزايد فى رنين الصدر اعلن
بالانفيزيما الرئوية واذا اقتصر على قمة الرئة مع اصمية فيها كان
هنالك درن فى دوره الاول وأما تناقص الخرير التنفسى الناتج عن
وجود سرطان أو أورام أخرى بطنية أو صدرية دفعت الرئة
فيشخص بالبحث عن الاجهزة المختلفة الاخرى وأما تناقصه
عند الاستيريين وحصوله مدة النوبة فيتعلق بالاستيريا وهو

ناشئ

ناشئ عن الانقباض التشنجي للشعب والحويصلات الرئوية لكنه يزول بزوال النوبة أو بعدها بقليل وقد يكون التنفس الحويصلي مفقودا فقدا جزئيا أو كليا مستمرا أو وقتيا وأسبابه قد تكون أسباب ضعفه متى كانت بدرجة قوية انما أغلبها لايؤدى للفقد الكلى

(فى تغير طرز الخرير التنفسى)

هذا التغير قد يحصل اما فى عدده أو فى استمراره أو فى مدته فعدده فى الحالة الفيسيولوجية يكون من ١٨ : ٢٢ فى الدقيقة عند الشبان والشيوخ ومن ٢٢ : ٢٦ عند الاطفال وفى الاحوال المرضية يمكن أن يصل الى ٣٠ أو ٤٠ أو ٦٠ بل الى ٨٠ أو ١٠٠ عند الاطفال المصابين بالتهاب رئوى مركزى أو ينقص الى ١٢ أو ٨ بل و ٧ فى الدقيقة الواحدة

(تفسيره المرضى)

بطء التنفس يعلن بتغير فى المحور المخى الشوكى وسرعته تعلن بوجود حالة خطرة عادة أو تغير فى الجهاز التنفسى وفى الحالة الطبيعية يكون الخرير الحويصلى مستمرا فى الشهيق وفى الزفير وفى الاحوال المرضية قد يكون متقطعا فى الشهيق أى يحصل

زمنا فزمنا مع فترات وفى هـذه الحالة يكون الخـرير على قوته أو ضعيفا أو خشـنا وقد يوجد هذا التقطع فى كل سماع وأحيانا لايسمع الا فى أوقات غير منتظمة .

(أسـبابه)

قد يكون سبب عدم اسـتمرار الخرير التنفسى واضحا وموجودا فى جـدر الصـدر التى تتقطع ولا تتم الشهيق الا فى جملة أزمنة وأحيانا يكون سببه غير واضح وموجودا داخل الرئة وفى هـذه الحالة يظهـر ان الخـلايا الرئوية للاجزاء المختلفة لاتمدد فى آن واحد وبسهولة طبيعية بل بعضها يتمـدد ببطء والبعض بسرعة وأحيانا يكون الخـرير متقطعا بدون تغـير مرضى ويكون ذلك من المريض الذى يحـدث نوع تشنج فى تنفسـه بسبب عـدم معرفته فعـل التنفس المنتظم عنـد ما يريد الطبيب سماع صدره ويأمره بان يتنفس ويشاهـد التقطع عنـد المصابين بالربو أو بآفات تشنجية أخرى لانه يحصل عندهـم اضطراب فى الحركات الصدرية وبناء عليه تقطع فى التنفس ويشاهد هـذا التقطع فى الدرن الرئوى المصحوب بالتهاب رئوى جزئى ويؤكـد ذلك عند ما يصحب التقطع خشونة فى الخرير ويصـير آكد متى وجد معه تناقص فى رنين جدر الصـدر وانخساف فى النقط المقابلة لهـذا التغير .

وأما

وأما تغير مدة الحرير التنفسى فيحصل اما فى زمنى التنفس أو فى أحدهما فتى طالت مدة الحرير التنفسى مع حفظه لشدته الطبيعية تكوّن مايسمى بالتنفس الطويل كما يشاهد فى بعض حالات مخية وقد يكون التنفس طويلا لكنه قوى كما فى التنفس العوضى ومتى تناقصت مدة التنفس صار قصيرا وحينئذ اما أن يكون حافظا لقوته العادية كما يشاهد فى بعض حالات عصبية واما أن تكون قوته متزايدة كما يحصل فى الاضطرابات الشخصية وفى المشى وفى جميع الاحوال التى تسرع حركات التنفس وفى بعض الاحيان يشاهد ان الزفير طويل والشهيق عادى أو قصير ويسمى ذلك بالزفير المستطيل وهو كثير الاهمية فى التشخيص والطبيب (جاكود) هو أول من بين هذا التغير فى عدة أحوال مرضية والمعلم (روجيه) فسره بأن الهواء فى الحالة الطبيعية يخرج من الرئة فى الزفير بسهولة فلا يسمع الصوت الناشئ عن احتكاكه بجدر الحويصلات الرئوية الافى زمنه الاوّل فيكوّن صوتا قصيرا ضعيفا لكن متى كانت الرئة مترشحة بالدرن تكوّنت بروزات داخل التفرعات الانتهائية للشعب تزيد فى الاحتكاك الحاصل من هواء الزفير فتزداد اذ ذاك مدة الزفير وقوته واذا انطفأ التنفس الحويصلى بالكلية ظهر التنفس الشعبى والزفير المستطيل القوى يشاهد فى الالتهاب الرئوى والبليوراوى

وفى الانفيزيما والدرن انما فى الانفيزيما يسمع الزفير المستطيل فى سعة عظيمة من الصدر وغالبا يصطحب بالغط صفيرى أوشخيرى يسمع من بعد وفى الدرن يكون مستطيلا خشنا وفى الجهتين غير مصحوب بألغاط صفيرية أو خريرية ويكون قاصرا ابتداء على القمة

(فى تغيرات صفة الخرير التنفسى)

قد يصير الخرير التنفسى خشنا أو شعبيا أو كهفيا أو قدريا أى زلعيا

(فى التنفس الخشن)

التنفس الخشن له درجات مختلفة فى القوة وفى المدة وفى الجفاف وفى العلو وهذا التغير أى التنفس الخشن قد يشاهد فى زمنى التنفس أو فى أحدهما خصوصا فى الزفير وحينئذ يكون مجلسه قة الرئة واحيانا يأخذ التنفس الخشن فى الارتفاع حتى يصير شعبيا لان التنفس الشعبى ليس الا درجة عالية للتنفس الخشن

(أسبابه)

يصير الخرير التنفسى خشنا متى كان الغشاء المخاطى الشعبى أقل ملاسة بسبب جفافه أو بوجود تجمعات مخاطية ملتصقة بسطحه

أو

أو عند فقـد الرئة لينها ومرونتها سواء كان ذلك نتيجة ثخن حويصـلاتهـا أو تكبد منسوجها أو انضـغاطه أو نتيجة مرض منتشر فى منسوجها فان جميع هذه الاسـباب تزيد فى احتكاك الهواء وبناء عليه يكتسب الخرير الحويصلى الصفة الخشنة واذا تناقص الخرير الحويصلى بسبب انمحاء الخلايا الرئوية صار التنفس شعبيا فينتج من ذلك أن التنفس الخشـن يسمع فى ابتداء الالتهاب الشعبى اذ يكون الغشاء الشـعبى جافا أو فى انتهائه أو ازمانه متى كانت المواد المخاطيـة غير كافية لاحداث ألغاط ويسمع أيضا فى بعض أحوال الانفـيزيمـا الرئوية المصحوبة بتمـدد الحويصـلات الرئوية وبثخنها واحيانا بتمزقها ويسمع فى ابتداء السـل الرئوى عند ماتكون الرسوبات الدرنية ثجاجية أى دخنية اذ تزيد حينئذ كثافة النسـيج الرئوى ويسمع فى ابتداء تحليـل بعض الالتهابات الرئوية اذ يكون النسـيج الرئوى فيهـا قد فقد مرونتـه ولم يعد بعـدها الى رخاوته الاصـلية وفى بعض الانسـكابات البليوراوية يسمع أيضا الصوت الخشن أعلى من السـائل لان أسبابه توجد فى الجزء الموجود أعلى السائل

(تفسير أسبابه)

متى كان الخرير التنفسى خشـنا وعاما للصدر وكان رنين الصـدر طبيعيا وسمع زمنا فزمنا بعض ألغاط جافة أو رطبـة وصحب ذلك

حركة جمية خفيفة كان ذلك متعلقا بالتهاب شعبي واذا كان مجلسه الجهة الخلفية من قاعدة الصدر واصطحب بحمى أعلن بابتداء التهاب رئوى وان أعقب النفخ الشعبي واصطحب بلغط فرقعى أعلن بانحلال هذا الالتهاب واذا كان مجلسه نقط الصدر المقابلة للعافات المقدمة للرئتين وكان معه تحدب مصحوب بجذب في جدر الصدر وبزيادة في الرنين الصدرى كان متعلقا بانفيزيما رئوية وأما اذا كان الخرير الخشن شاغلا لزمن الزفير وصحبه عتامة فى القرع كان ناشئا عن وجود درن في دوره الاوّل فان حصلت بعد ذلك خرخرة جافة أو رطبة علم ان الدرن أخذ فى اللين واذا سمع التنفس الخشن فى الجهة الخلفية للصدر أعلى من الاصمية فى محاذاة انقسام الشعب وكان بعيدا عن الاذن علم وجود انسكاب بليوراوى

(فى التنفس الشعبي)

التنفس الشعبى يعرف بشدّته ورنينه المرتفع ويمكن تقليده بالنفخ في نحو أنبوبة أو فى اليد المجعولة بهيئة الانبوبة وهو يحصل فى زمنى التنفس لكنه يكون أكثر وضوحا فى الزمن الثانى ويمكن سماعه فى جميع أصقاع الصدر غير أنه فى الاجزاء الخلفية السفلى للرئة يسمع بوضوح كلى وهو مستمر ويندر أن يكون متقطعا وهو يشتبه قليلا بالتنفس الكهفى خصوصا اذا كان الكهف حاصلا

في

فى تقعير رئوى صغير انما الكهف له صوت منخفض فارغ مصحوب بالغاط رطبة ذات فقاعات غليظة

(الاسباب)

أسباب التنفس الشعبى هى ازدياد كثافة الرئة سواء كان ذلك بضغط حويصلاتها أو تكبدها مع بقاء أقطار الشعب طبيعية لان الخرير الحويصلى يكون مفقودا حينئذ والشعبى وحده هو المدرك ولذا يسمع النفخ الشعبى فى عدة تغيرات كالتكبد الالتهابى والتضخم الدرنى العظيم والانسكابات البلبوراوية والنزف الرئوى الغزير وفى سرطان الرئة وأورامها السوداء وفى الانسكابات السائلة البلبوراوية وأونوريزما الاورطى وفى التمدد الشعبى المتساوى خصوصا اذا جاوره تكبد رئوى حيث فيه يكون التنفس الشعبى أكثر وضوحا وكل من ازدياد درجة وسعة التنفس الشعبى يكون متناسبا مع درجة وسعة التكبد الرئوى واستمراره مع الحمى والظواهر الخطرة يدل على التكبد السنجابى وتناقصه ينبئ عن تحليل الالتهاب وفى التمدد الشعبى يندر سماع صوت شعبى حقيق والغالب أن يكون مختلطا مع صوت كهفى ويكون المرض مزمنا مصحوبا بنفث غزير بدون أهمية واضحة بالقرع وبدون حمى أو غيرها من الاعراض الخطرة وفى السل الرئوى لا يكون التنفس شقعبيا حقيقيا بل شعبيا خشنا ثم يصير محدودا لان الدرن

لا يكون متجمعا فى نقطة واحـدة بكمية عظيمـة الا فى قمة الرئة ويكون النفخ مصحوبا عادة بألغاط خريرية رطبة وقد يكون قاصرا على الحفـرة فوق الترقوة أو تحتها خصوصا فى شخص نحيف أصيب بنزيف رئوى عنـده سـعال منـذ زمن طويل وأما وجود التنفس الشعبى فى الالتهاب البليوراوى ذى الانسكاب فليس دائما كما فى الالتهاب الرئوى وذلك لان الرئة والشعب يصيران مضغوطين بتحصل الانسكاب وبعيدين عن الاذن فلا يصل الصوت الى الاذن الا بعـد مروره من هـذه الاوساط المختلفـة الكثافة فلذا فى عشر حالات من الالتهاب البليوراوى يسمع النفخ الانبوبى فى واحـدة منها أما فى الالتهاب فنى ثمان فى العشر وذلك لان الرئة متكاثفة والانابيب الشعبية حافظة لاتساعها والرئة متصلة بجدر الصدر والنفخ فى الالتهاب الرئوى يكون انبوبيا ويكون مختلطا بألغاط فرقعية ولا يلزم مجهود تنفسى من المريض عند استماعه بخلافه فى الالتهاب البليوراوى فان النفخ الشعبى يكون أقل شدة غير مصحوب بألغاط وبالجملة اذا دعى الطبيب لمريض عنده ألم الجنب وحمى وعسر التنفس بدون نفث ولا أصمية تامة ومعه نفخ انبوبى حقيقى قريب من الاذن مدرك فى جميع السعة المشغولة بتحت أصمية شخص حينئذ التهابا رئويا فى دور التكبد وأما اذا كان النفخ متوسط القوة قاصرا على الجزء الخلفى من الصدر فى محاذاة

انقسام

انقسام الشعب وكانت الاصمية أكثر اتساعا وتامة وهو بعيد عن الاذن شخص التهابا بليوراويا

(فى التنفس الكهفى)

التنفس الكهفى يشبه الصوت الناشئ عن النفخ فى تجويف ويمكن تقليده بالنفخ فى تجويف متكون من اليدين معا وهو صوت منخفض فارغ مجاسه العادى قة الرئة ويندر أن يكون فى قاعدتها وقد يستعاض بلغط خريرى أومعدنى ويسمع فى زمنى التنفس ويصطحب بتحت أصمية وبصوت الاناء المشعور وبخرخرة رطبة

(الاسباب)

ينتج النفخ الكهفى عن اهتزاز الهواء فى تجويف متصل بالشعب التى هى أكثر ضيقا من التجويف كما انه ينشأ أيضا عن انعكاس الصوت الناشئ عن هذا الاهتزاز فى تجويف وعن اهتزاز جدر هذا التجويف وكلما كان التنفس سريعا قويا والتجويف واسعا قريبا من جدر الصدر ومحاطا بجوهر متكاثف ومتصلا بالشعب كان ادراكه سهلا فمن ذلك ينتج انه يتفق وجود كهوف بدون ادراكها اذ تكون غير متصلة بالشعب فلا يسمع الصوت الكهفى فينتج مما ذكر أن الصوت الكهفى كما انه يدرك عند وجود تجاويف

عارضية فى الرئة يدرك فى التمدد المستدير للشعب لكن يتميز الاخير
بكونه غير مصحوب بأصمية ولا بصوت القدر المشعور ولا بالاعراض
الموضعية والعمومية الخطرة المصحوب بها الكهف الدرنى عادة
ويسمع عادة فى نقطة ثامن الشعب وأما الكهوف الرئوية فهى
نتيجة تقيح الدرن وانقذاف متحصله كلا أو بعضا فاذا كان النفخ
الكهفى فى القمة وكان ناشئا عن حالة ذات سير مزمن فهو
الكهف الدرنى واذا كان فى قاعدتها أو فى وسطها والتنفس
القمى عادى فهو كهف غير درنى واذا حصل فى مدة سير حالة
حادة وكان البصاق صديا أولا ثم صار قيحيا كان ناتجا عن خراج
الرئة التابع للالتهاب الرئوى وأما اذا حصل عقبه نفس نتن كريه
كان الكهف نتيجة الغنغرينا

(فى التنفس القدرى أو النفخ المعدنى)

التنفس القدرى صوت معدنى شبيه بالصوت الناشئ من النفخ
فى قدر فارغ أو فى دورق من زجاج ذى عنق ضيق وجدر رنانة
وهو يشغل زمنى التنفس لكنه يدرك مدة الشهيق أكثر منه مدة
الزفير ويكون غير متقطع ومستطيلا مختلطا بنوع نغم معدنى
ويندر أن يكون محدودا قاصرا على القمة أو القاعدة بل يكون
شاغلا لسعة عظيمة من الصدر وهو يشتبه بالنفخ الكهفى عند
ما يكون الكهف متسعا الا ان النفخ الكهفى يشغل قمة الرئة
غالبا

غالبا وتوجد معه أصمية والتنفس القدرى يشغل وسط الرئة ويصطحب برنة طبلية

(الاسباب)

يحصل هذا الصوت من اهتزاز عمود الهواء فى جدر تجويف عارضى أو بليوراوى متصل بالشعب ووجوده يعلن بوجود تجويف كهفى متسع أو انسكاب غازى فى تجويف البليورا وكلاهما متصل بالشعب

(التشخيص)

يسمع النفخ المعدنى أو القدرى فى الانسكاب الغازى المحدود للبليورا وحينئذ قد يدرك فى الجزء المتوسط للصدر ويكون مصحوبا برنة معدنية

(وتفسيره) هو انه حيث يحصل عند أشخاص درنيين يحصل عندهم التصاق محدود بين ورقتى الجزء العلوى والسفلى للبليورا فالتجويف الحاصل من التقرح والانثقاب حينئذ يشتمل على الهواء وعلى سائل يشغل الجزء السفلى للجزء المحدود من تجويف البليورا وأحيانا لايحصل الالتصاق المذكور فينسكب الهواء المصحوب باللغط فى جميع تجويف البليورا ويكون عادة قويا ابتداء ثم يصير ضعيفا بسبب تراكم السائل الناشئ عن الالتهاب البليوراوى

التابع لدخول الهواء بل وينتهى بأن يزول بالكلية عند مايرتفع سطح النفخ الالتهابى عن محاذاة فوهة ثقب الاستطراق بين التجويف والشعب ثم متى امتص السائل يعود الصوت المذكور ثانيا تدريجا

والرنة المعدنية أكثر حصولا فى الانسكاب البليوراوى الغازى المصلى منها فى الانسكاب الغازى فقط ولاجل معرفة وجود أحدهما أوكليهما ينبغى فعل القرع ثم هز الصدر عند وضع الاذن عليه وبالجملة اذا أصاب الشخص الدرنى ألم فى الصدر فجأة وضيق فى التنفس ثم سمع الصوت القدرى وصار الصدر محدبا رنانا زيادة عن العادة حكم بكونه نتيجة انثقاب البليورا بتقرح الكهف الرئوى واذا كان مسبوقا برائحة نتنة للنفس كان نتيجة الغنغرينا أما اذا كان مصحوبا باعراض الالتهاب الرئوى وكان مسبوقا ببصاق صدائى ثم صار قيحيا علم انه ناشئ عن خراج رئوى ومتى حصل بصاق مصلى أومصلى صديدى غزير وأعقب ذلك الصوت المذكور كان حاصلا بالاستطراق البليوراوى الشعبى الذى ابتدأ فى البليورا وأحيانا يكون جرحيا كما يحصل فى رض الصدر وكسر الاضلاع اللذين بهما تتمزق البليورا الحشوية مع بعض الحويصلات الرئوية

(فى

(فى الاصوات غير الطبيعية)

يوجد نوعان من الاصوات غير الطبيعية أحدهما يحصل على سطح الرئة فى تجويف البليورا ويكوّن ما يسمى بالاحتكاك والثانى يحصل فى باطن الرئة أى داخل حويصلاتها أوفى الشعب أو القصبة ويكوّن ما يسمى باللغط

(فى الصوت الاحتكاكى)

(اعلم) أن وريقتى البليورا فى زمنى التنفس الطبيعى تتحركان بحركات متضادّة فواحدة ترتفع وأخرى تنخفض فيحتك بعضهما ببعض لكن بدون أن ينشأ عن ملامستهما صوت وفى بعض أحوال مرضية ينشأ عن ملامستهما صوت شبيه بالصوت الحاصل من احتكاك جسمين صلبين ويتأتى تقليده بوضع راحة اليد اليسرى على الاذن وباصبع من اليد اليمنى تحك بيطء المفاصل المشطية الاصبعية لليد اليسرى وهذا الصوت يحصل غالبا فى المدة الاولى لزمنى التنفس ويندر حصوله فى المدة الاخيرة لهما وقد يكون فى الابتداء شبيها بلغط فرقعى غليظ ثم يصير احتكاكيا كثير الوضوح وفى هذه الحالة يدرك بوضع اليد على الصدر بل يدركه المريض نفسه وتحس به الاذن سطحيا ومجلسه العادى الجزء المتوسط الجانبى والخلفى للصدر ومن النادر أن يكون فى القمة وتارة يكون متسعا

وتارة محدودا فى جزء صغير ومدّته بعض أيام وأحيانا يستمر أكثر من ذلك

(الاسباب)

لاجل حصول الصوت الاحتكاكى ينبغى أن تكون احدى ورقتى البليورا خشنة مع بقاء حركة الاحتكاك بينهما فى حركة انخفاض الاضلاع وارتفاعها وخشونة البليورا تنشأ عن وجود أغشية كاذبة على سطحها السائب فاذا كانت هذه الاغشية جافة صلبة كان الاحتكاك جافا خشنا واذا كانت رخوة كان لطيفا ويكون تابعا لها فى سعتها

(التشخيص)

يشتبه الاحتكاك بالالغاط الفرقعية الرئوية جافة أورطبة وتمتاز عنه الاولى بكونها مسبوقة بتناقص تدريجى لرنانية الصدر وبضعف فى الخرير التنفسى وتصطحب عادة بالنفخ الشعبى أو باستطالة زمن الزفير ومتى كان مجلسها القمة فبعد مضى زمن كثير الطول أو قليله تتبع بلغط كهفى وأخيرا بجميع علامات ذوبان الدرن وجميع هذه الظواهر مفقود فى الاحتكاك البليوراوى و يتميز اللغط الرطب بكون صوته رطبا يتنوع بالسعال الذى يخفيه أو يصيره أكثر وضوحا بعد خروج البلغم مع أن السعال لايؤثر فى طبيعة الاحتكاك البليوراوى

البليوراوى لكن هنالك حالة فيها يكون التشابه تاما والتمييز صعبا وذلك عند مايكون الصوت الاحتكاكى شبيها بالصوت التحت فرقعى الجاف وهذه الحالة تتعلق برخاوة الاغشية الكاذبة وباتساعها وحالة سطحها

(تفسيره) يشاهد الصوت الاحتكاكى فى الالتهاب البليوراوى وفى بعض حالات من التدرّن البليوراوى أيضا وفى بعض تغيرات عضوية لهذا الغشاء وذكر بعضهم أنه شاهد الاحتكاك فى الانفيزيما بين الفصوص وان كانت هذه الانفيزيما تحدث ارتفاعا فى سطح البليورا الأأن ملاسة سطحها لاتسمح بتكوين لغط احتكاكى أما فى الالتهاب البليوراوى البسيط فلا يحصل الصوت الاحتكاكى الا فى ابتدائه عند مايكون النضح الالتهابى قليلا غير فاصل لوريقتى البليورا (الموشحتين بنضح زلالى) عن بعضهما وفى انتهائه متى تناقص النضح وتقاربت وريقتا البليورا من بعضهما وكانتا مغطاتين بأغشية كاذبة يكون الاحتكاك حينئذ علامة جيدة أما اذا سمع فى القمة فانه يدل على التهاب بليوراوى درنى

(فى الالغاط التنفسية)

اللغط التنفسى هو صوت غيرطبيعى حاصل فى المسالك الهوائية مدة مرور الهواء فيها ويختلط بالخرير التنفسى أو يغطى عليه أو يكون عوضه واللغط تارة يكون جافا رنانا أو رطبا أى فقاعيا

(فى اللغط الجاف الرنان ويسمى أيضا بالشعبى الجاف)

يوجد نوعان من هذا اللغط أحدهما رنان حادّ أو صفيرى والآخر رنان غليظ أو شخيرى فالحاد هو صفير موسيقى كثير الحدة أو قليلها يصحب الحرير التنفسى أو يغطى عليه ويكون قصير المدة تارة وطويلها أخرى ويشبه نوح القمرى أو الصوت الناشئ عن مرور الهواء فى ثقوب باب مغلق واللغط الشخيرى يوصف بصوت موسيقى أكثر غلظا من الحاد ويشبه شخير النائم أو صوت وتر منخفض النغمة والصوت الصفيرى أكثر حصولا من الشخيرى وفى غالب الاحوال يكونان مجتمعين وأحيانا متعاقبين أى يخلف أحدهما الآخر واللغط الرنان يحصل فى الشهيق أو الزفير أو فيهما معا ويتبعهما فى الطول والقصر ويكون أحيانا قويا حتى يسمع من بعد بل بوضع اليد على الصدر يحس بنغم مخصوص يعلن بأن الهواء يهز القنوات الشعبية بانجذابه بحركة الشهيق وانطراده بحركة الزفير وهو يدرك فى جهتى الصدر من القمة الى القاعدة ويندر أن يكون محدودا وأحيانا لا يصحب جميع حركات التنفس بل يدرك فى أول شهيق ثم يختفى فى الثانى ثم يظهر وهكذا على غير انتظام وأحيانا يوجد مع اللغط تحت الفرقعى الذى يعقبه على الدوام وتمييزه عن الشخيرى سهل بنغمه الحاد

(الاسباب)

(الاسباب)

نسب المعلم (لينك) الصوت الرنان الى تضايق جزئى فى الشعب بوجود
مواد مخاطيـة أو انتفاخ فى غشائها المخاطى ولنا من ذلك نتيجـة
وهى أن الصفير المستمر ينتج عن انتفاخ الغشاء لانه مستمر والصفير
المتقطع المتنقل ينسب الى تراكم المواد المخاطية لانها متقطعة متنقلة
فضلا عن أنهـا تكون فى الابتداء قليلة الكمية لزجـة فتكوّن
فى الشعب نوع ثنيات أو أحبال تهز الهواء الداخـل أو الخارج
مدة التنفس وبذلك تحصـل درجات مختلفـة فى ذلك النغم أو أن
اختلاف هـذه الدرجات يكون متعلقـا باختـلاف سعة الشعب
وهذا اللغط يشاهد فى الالتهابات والنزلات الشعبية الحادة والمزمنة
عنـد مايكون الافراز قليلا لزجا ففى الالتهاب الشعبى الحـاد يسمع
هـذا اللغط فى زمنى التنفس خصوصا الشهيق ويكون فى الابتداء
حادا ثم تنحط حدّته شـيأ فشـيأ كلمـا ازدادت كمية الافراز المخاطى
حتى يختلط نغمه أخـيرا بنغم اللغط الشخيرى والتحت فرقعى الذى
يخلفه فيمـا بعد وهو يـكون ممتدا شـاغلا لجميع نقط الصـدر
الا فى الالتهـاب الشعبى المحدود وفى الالتهاب الشعبى المزمن يوجد
اللغط الحـاد مع اللغط الرطب ذى الفقاعات المسمى تحت فـرقعى
ويـكون فى النقط التى لاتزال فى حالة التهاب حاد ويوجـد فى
الانفيزيمـا ويكون ناشـئا عن الحـالة النزليـة للشعب وقد يكون

ناشئا عن حالة تشنجية عصبية فيها تنقبض الالياف العضلية الشعبية كما يشاهد أحيانا عند المصابين بالربو وقت النوبة

(فى اللغط الفرقعى ويسمى بالحويصلى)

هذا اللغط عبارة عن نغم فرقعى دقيق سريع يظهر أنه حاصل فى الحويصلات الرئوية والمعلم (لانك) شبهه بالصوت الناتج من فرقعة الملح الملقى على الجمر المتقد أو من احتكاك خصلة من الشعر بالقرب من الاذن وأحسن شئ شبه به هو الصوت الناشئ عن تمدد اسفنجة تشربت بالماء عقب ضغطها وهو يدرك فى الشهيق فقط ومجلسه العادى الجزء السفلى الخلفى من الرئة ويكون وحده او مصاحبا للتنفس الشعبى وهو يشتبه باللغط تحت الفرقعى أى المخاطى وباللغط الكهفى الا ان فقاعاته صغيرة وفقاعات الثانى متوسطة والثالث غليظة وفضلا عن ذلك فالفرقعى لايسمع الا فى الجزء الخلفى وفى جهة واحدة من الصدر وفى مدة الشهيق فقط وأما تحت الفرقعى الدقيق فيشاهد فى الالتهاب الشعبى الشعرى ويكون عموميا فى الرئتين وأحيانا لعدم التمرن يشتبه الصوت الاحتكاكى الناشئ عن احتكاك أسطحة خشنة بجزء من البليورا باللغط الفرقعى الناتج عن اجتماع عدة فراقع متعاقبة وهذا هو سبب القول بأن الالتهاب البليوراوى يوجد فيه لغط فرقعى لكن نغم الصوت الاحتكاكى يكون أقل عددا ودقة من اللغط الفرقعى

الفرقعي الحقيقي للالتهاب الرئوي ويدرك في جميع زمني التنفس ولا يكون قاصرا على الشهيق ويزداد شيأ فشيأ الى أن يصير مدركا باليد الموضوعة على الصدر وحينئذ يكون شبيها بالفرقعة الحاصلة من هز جلد جديد مدة صعود الرئة ونزولها ونغم الاحتكاك لا يتغير بالسعال بخلاف اللغط الفرقعي فقد تزول بالسعال أو يقل

(الاسباب)

ذهب جمهور الاطباء الى ان اللغط الفرقعي ناشئ عن مرور الهواء في سائل موجود في الحويصلات الرئوية فيكون فيه فقاعات تنفجر وينشأ عن انفجارها صوت صغير هو الفرقعة التي كثرة عددها وتساوي قوتها يؤكدان أن مجلسها في الحويصلات الرئوية وحيث ان الحواجز الموجودة بين الخلايا تمتص عند الشيوخ وبذلك تتسع حويصلاتهم فالصوت الفرقعي يكون عندهم أكثر غلظا منه عند غيرهم وعكسهم الاطفال وبعضهم فسر هذا اللغط بوجود مادة لزجة في باطن الحويصلات فتلصق جدر الحويصلات بعضها مدة الزفير وهواء الشهيق يفصلها دفعة فتنشأ الفرقعة

ويشاهد اللغط الفرقعي في الدور الاول من الالتهاب الرئوي أعني في دور الاحتقان والنضح ثم يستعاض بالنفخ الشعبي عند ما يعقب الامتلاء الدموي بالتكبد الرئوي أي انعقاد النضح ثم يعود ثانيا عند ماتعود الرئة الى دورها الاحتقاني بتحليل التكبد أي

النضج المنعقد ويسمى حينئذ باللغط الفرقعى ذى الرجعة وعادة فى الابتداء تكون الفرقعة دقيقة جافة وعديدة بخلافها فى ذات الرجعة فانها تكون غليظة رطبة وفى الاحتقان الرئوى القوى أو المتعدى يسمع اللغط الفرقعى الا أن فقاعاته تكون غليظة رطبة لزجة مستمرة ولذا ينبغى اعتباره كلغط تحت فرقعى وكذلك فى الاحتقان الاحتباسى أو القاصر يكون مستمرا وغير مصحوب بنفخ شعبى مالم يكن هنالك تكبد فى جزء ما من الرئة واذا استمر اللغط الفرقعى زمنا طويلا بدون حمى وحصل ارتشاح فى جزء ما من الجسم ينسب اللغط الى اوزيما الرئة واذا كان اللغط شاغلا لنقطة أو جملة نقط محدودة من الصدر ولم يعقب بعد مضى بضعة أيام بالنفخ الشعبى أو كان النفخ الشعبى والاصمية قليلين وكان ذلك مدة سير مرض قلبى وكان بصاق المريض دما صرفا نسب ذلك الى نزف رئوى

(واعلم) ان اللغط الفرقعى فى الاوزيما لايوجد دائما لاسيما اذا كان الارتشاح قاصرا على النسيج الخلوى بين الحويصلات وينفقد فى أغلب أحوال النزف الرئوى لان النزف قد يكون قليلا جدا أو محدودا أو يكون غائرا فلا يسمع اللغط الا اذا كان الدم سائلا ويكون فيه عادة مختلطا بلغط تحت فرقعى عند مايمر الدم فى الشعب ولا يسمع اللغط مادام الدم فى المنسوج الخلوى بين الحويصلات أو كان متجمدا فى باطنها واذا سمع اللغط الفرقعى فى

القمة

القمة فقط من الامام وكان محدودا ودام مدة طويلة وكان هنالك اعراض التهابية ينبغي نسبته لالتهاب رئوى درنى

(فى اللغط تحت الفرقعى أو المخاطى أو الشعبى الرطب)

هذا اللغط يشبه اللغط الحاصل من النفخ بواسطة انبوبة دقيقة فى ماء صابونى ويتنوع مثله على حسب سعة الانبوبة والوزن النوعى للسائل وقوة النفخ ولذا كان على ثلاثة أنواع فتارة يقرب من اللغط الفرقعى بعدد الفقاعات ودقتها وحصوله مدة الشهيق ويسمى (بتحت الفرقعى الدقيق) وتارة تكون الفقاعات أكثر غلظا وأقل عددا وغير متساوية وتسمع فى زمنى التنفس ويسمى (بتحت الفرقعى المتوسط) وتارة تكون الفقاعات غليظة نادرة وغير متساوية مكونة لقراقر حقيقية مدركة فى أحد زمنى التنفس أو فى زمنيه معا ويسمى (بتحت الفرقعى الغليظ) وحيث ان هذا اللغط حاصل فى سائل مختلف اللزوجة والوزن النوعى يدرك فى بعض نقط بغاية الوضوح وفى نقط أخرى يظهر ان فقاعاته مختلطة وهو لغط مستمر ومجلسه الاغلبى الجزء السفلى الخلفى من الرئتين ويصطحب غالبا بنغم رنان وتمييزه عن الالغاط الاخرى يكون فى بعض الاحيان عسرا لاسيما الالغاط الرطبة لان شروط حصولها واسبابها واحدة وان كان مجلسها مختلفا وبالجملة فاذا كانت فقاعاته صغيرة يشتبه بالصوت الفرقعى واذا كانت غليظة

فبالكهفى غير انه يتميز عن الفرقعى بحصوله فى زمنى التنفس وبكثرة امتداده وعموميته وبكونه غير مصحوب ولا معقوب بنفخ شعبى ويتميز عن الكهفى باصطحاب هذا الاخير بالتنفس والسعال والصوت الكهفى وأما اللغط تحت الفرقعى المتوسط فيصعب تميزه عن اللغط الكهفى ذى الفقاعات الصغيرة والسعة القليلة وكذا اللغط تحت الفرقعى ذو الفقاعات الغليظة الحاصل عند الشيوخ فى بعض التهابات رئوية أو أوزيما الرئة فينبغى لجودة التشخيص الالتفات حينئذ للمجلس وللظواهر السماعية الاخرى

ومما يجعل التميز صعبا وجود حالات مضاعفة فى صفر واحد من الصدر يسمع فيه لغط كهفى وفرقعى وتحت فرقعى ويتأتى ذلك فيما اذا كانت الرئة ذات كهوف بعضها صغير وبعضها كبير تحيط بها أجزاء محتقنة ومتصلة بشعب مشحونة بمادة مخاطية ومثله فى حالة ما اذا حصل نزف فى كهف ووصل الدم الى الشعب ففى هاتين الحالتين تدرك الاذن ألغاطا كهفية وصفيرية أو شخيرية وتحت فرقعية دقيقة أو متوسطة أو غليظة على حسب الجذوع أو الفروع أو الفريعات الشعبية المشتملة على السائل

(الاسباب)

أسباب هذا اللغط هى وجود سائل ما فى الشعب يتكوّن منه بمرور الهواء فيه فقاعات والسائل الذى يوجد فى الشعب اما أن

يكون

يكون مخاطيا أو قيحيا أو دما ويشاهد اللغط تحت الفرقعى فى الدور الثانى للالتهاب الشعبى وفى النزلات الرئوية وفى التمدد الشعبى المصحوب بغزارة فى الافراز وفى النزيف الشعبى وفى بعض احتقانات وأزفة رئوية وفى السل فى ابتداء ذوبان الدرن

(التشخيص)

فى الدور الاوّل من الالتهاب الشعبى لا يوجد الا اللغط الصفيرى وكلما غزر الافراز يأخذ اللغط التحت فرقعى فى الظهور حتى يصير وحده وهو يشغل عادة الجزء الخلفى السفلى من الرئتين وقد يمتدّ فيسمع فى جميع نقط الصدر وانما يدرك بسهولة فى الجزء تحت الشوكة لكثرة عدد الشعب فى هذا المحل وبناء عليه فالتهابها فى هذا المحل يكون أكثر حصولا منه فى محل آخر والسائل يمكث فيها مدة طويلة لكثرة طول الشعب وعلى العموم فحجم الفقاعات يعلن بحجم الشعب المصابة فاللغط تحت الفرقعى المتوسط يشخص اصابة الفروع الشعبية المتوسطة والتحت فرقعى الدقيق ينبئ عن اصابة الشعب الدقيقة ويعلن اللغط التحت فرقعى الغليظ باصابة الشعب الغليظة أو بتمدّد شعبى وتكوّن هذا اللغط فى التهاب الشعب الغليظة لايكون دائما بل نادرا لسهولة مرور الهواء منها بدون تحريك السائل لاتساع قطرها ويوجد اللغط تحت الفرقعى فى الالتهاب الشعبى المزمن الكثير الافراز وفى بعض التهابات شعبية جزئية وفى هذه الحالة اذا

كان شاغلا لقمة الرئة فقط دل على وجود درن التهابى يحرض حصول الالتهاب الشعبى الجزئى الذى لايكون الا ثانويا وأحيانا يكون نتيجة ذوبان الدرن وأحيانا توجد نزلة رئوية مصحوبة بانسكاب بليوراوى ضاغط على هذه الرئة فيسمع حينئذ فى الجزء المتوسط أو العلوى لها لغط تحت فرقعى ذو فقاعات غليظة ناشئ عن وجود مواد مخاطية فى الشعب الغليظة أو فى شعب الفص العلوى للرئة ويشبه لغط الكهوف الرئوية وعلى العموم متى كان اللغط مدركا فى الجزء السفلى للجهتين كان ناشئا عن التهاب شعبى بسيط ومتى كان قاصرا على قمة أو قمتين كان التهابا شعبيا درنيا

(فى اللغط الكهفى أو الازيزى لبعض المؤلفين)

هذا اللغط ينشأ عن انفجار جملة فقاعات مختلفة الغلظ قليلة العدد مصحوبة بتنفس كهفى وبهذه الصفة الاخيرة يتميز عن اللغط تحت الفرقعى ذى الفقاعات الغليظة وهو يحصل مدة الشهيق والزفير وقوته تختلف باختلاف كمية السائل المحتوى عليها الكهف فانه أحيانا يسمع من بعد للطبيب أو المريض نفسه واذا كان الكهف سطحيا يتأتى ادراك تحريك السائل بالاصابع الموضوع على المسافات بين الاضلاع وهو يكون مستمرا أو متقطعا وفى زمن انقطاعه يسمع النفخ الكهفى وكل من الشهيق القوى والسعال يظهره ثانيا ومجلسه العادى قمة الرئة الواحدة أو الرئتين وأحيانا لايكون مختلطا بنفخ

كهفى

كهفى بل يسمع لغط ذو فقاعات صغيرة سطحية حاصلة فى كهف صغير ومتى كان هـذا اللغط مختلطا بالنفخ الكهفى لم يشتبه بشئ من الالغاط وأما اذا كان منفردا فانه يشتبه باللغط تحت الفرقعى وانما يميزهما المجاس

(الاسباب)

يشترط لتكوّن هـذا اللغط وجود تجاويف متوسطة الاتساع مشتملة على هواء وسائل معا متصلة بالشعب فبمرور الهواء فى السائل تتكوّن الفقاعات المختلفة وبانفجارها ينشأ اللغط الكهفى وقد تتكون الفقاعات وتنفجر فى محل اتصال الكهف بالشعب وفى هذه الحالة لا يصطحب اللغط الكهفى بنفخة وهذا اللغط يدل على وجود تجويف عارضى فى الرئة أو تمدد كيسى للشعب وتندر دلالتـه على بورة صديدية للبليورا أو خراج فقرى أو كبدى يتصل تجويفها بالشعب

(فى الاصوات الصدرية أى وصول الاهتزازات الصوتية)

يسمع الصوت الصدرى والمريض واقف أو جالس على كرسى أو نحوه مع أمره بالتكلم بقوّة لكن العادة ان يؤمر المريض بالعد أو القراءة أو التكلم بجمل طويلة العبارة وينبغى لادراك وصول الاهتزازات الصوتيـة تفضيل الاذن على المسماع وفى سماع

التكلم الصدرى يفضل المسماع لأن هذا النغم محدود وقد تسد الاذن الثانية مدة التسمع

(ظواهر فيسيولوجية)

الصوت المتكوّن فى الحنجرة يقرع الاذن بالتموّجات الرنانة للهواء الذى يسرى فى الشعب ويصل الى جدر الصدر ومنها الى الاذن فتدركه ويختلف بحسب نقط الصدر وقوّة الصوت وبعده أوقربه من القصبة والشعب الغليظة فعلى العموم يكون قويا بين اللوح والعمود الفقرى ضعيفا نحو قاعدة الصدر ويكون متساويا فى النقط المقابلة للصدر ماعدا القمة اليمنى فانه يكون أقوى فيها بسبب غلظ الشعبة اليمنى .

(الظواهر المرضية)

كلما كان منسوج الرئة أكثر تكاثفا كان توصيله للصوت أكثر جودة وينبنى على ذلك أنه متى كانت الخلايا الرئوية مسدودة وجوهر الرئة متكبدا لكن الشعب حافظة لسعتها فوصول الصوت يكون أقوى واذا كانت الرئة ليست متكاثفة بل منضغطة بسائل كالانسكاب البليوراوى فالصوت يكون ارتعاشيا شبيها بصوت المعز واذا كانت محفورة بتجويف متصل بالشعب أوكان هنالك تمدد شعبى تكيف الصوت الطبيعى وصار كهفيا وكأنه ناشئ من الصدر

(التكلم الصدرى) واذا اتصل الكهف المتسع الرئوى أو الشعبى بتجويف البليورا تنوّع الصوت تنوعا آخر وشابه الصوت المتكون من التكلم فى نحو جرّة (الصوت الزلعى)

(فى الصوت الشعبى)

هذا الصوت يشغل عادة الجزء الخلفى العلوى من الصدر واذا سمع فى الجهة المقدمة يكون تحت الترقوة ويكون فى العادة عوض النفخ الشعبى عند التكلم فاذا لم يكن معه أصمية ودام عدة سنين غير مصحوب بحمى كان شعبيا فاذا اصطحب باصمية دل على تكبد الرئة فاذا استمر زمنا طويلا بدون تغير واضح كان التكبد ناشئا عن تولدات نادرة الحصول كالورم الاسود أو السرطان وأما اذا حصل فجأة لشخص مصاب بمرض قلبى واصطحب ببصاق دموى وضيق فى النفس فانه يكون علامة على النزف الرئوى واذا كان شاغلا لقمة الرئة وكان المريض نحيفا ويسعل وأصابه نزف رئوى دل على الدرن الرئوى بخلاف ما اذا كان شاغلا للجزء السفلى الخلفى من الرئة ومصحوبا بالتنفس الشعبى وأعراض حمية شديدة فانه يدل على التكبد الرئوى وفى هذه الحاله اذا أخذ فى التناقص وعاد التنفس الحويصلى المعدوم من قبل مع اللغط الفرقعى أعلن بانحلال التكبد وان استمر مع الاصمية والتنفس الشعبى دل على ازمان التكبد

(فى الصوت المعزى)

هوصوت مهتز شبيه بصوت المعز بعيد عن الاذن ومجاسه فى محاذاة النصف السفلى الخلفى للصدر أى تحت الشوكة وتحت زاوية الكتف وقد يتغير مجاسه بتغير وضع المريض ومدته من ٥ الى ٨ أيام ويصحب التنفس الشعبى وضعف التنفس الحويصلى وفى سماع هذا الصوت ينبغى استماع نقط الصدر المقابلة واعتبار الظواهر المرضية الاخرى لانه قد يسمع عند بعض النساء السليمات

(الاسباب)

قد وجه المعلم (لانك) تكون هذا الصوت بنوع تغير يحصل فى التموجات الرنانة للصوت مدة مروره فى شعب منضغطة بسائل بليوراوى انما يشترط ان يكون السائل متوسط المقدار ومع ذلك فقد يسمع الصوت المعزى بدون وجود سائل فى تجويف البليورا كما أنه قد يوجد سائل بليوراوى بدون صوت معزى

فى الصوت الكهفى (تكلم صدرى)

لاجل حصول الصوت الكهفى ينبغى أن يكون الكهف ذا اتساع متوسط وان يكون سطحيا أملس خاليا عن الاجلة غير محتو على سائل ويلزم أن تكون جدره رقيقة ملتصقة بجدر الصدر وهو صوت يشبه الذى يسمع فى الحنجرة عند وضع المسماع عليها وتكلم المريض

المريض ويشغل عادة قمة الرئة ويصطحب بالتنفس واللغط الكهفيين

(فى الصوت الزلعى)

الصوت الزلعى شبيه بالصوت الحاصل من التكلم فى فوهة دورق أو جرة مملوءة قدر ربعها بالماء ويكون أكثر وضوحا كلما كان التجويف عظيما وكذا مقدار الهواء المشتمل عليه مع اتصاله بالشعب ووجود السائل فى التجويف لا يبطل تكون الصوت الزلعى بل يضعف قوته وكذا الاتصال الشعبى ليس ضروريا لتكونه لأن الصوت يهز الحاجز الرقيق اذا وجد وينتقل الاهتزاز الى التجويف ثم الى جدر الصدر ثم الى الاذن وهو يدل على وجود تجويف كهفى متسع أو انسكاب غازى بالبيوراوى

(فى تسمع السعال)

ليست أهمية السعال فى التشخيص عظيمة كأهمية الالغاط والاصوات كما ان أهمية الاصوات ليست كأهمية الخرير الحويصلى فى البحث على طفل أو شخص ذى صوت منطفئ انما السعال يكون واسطة لتحريض الاصوات الطبيعية لانه يحدث زفيرا سريعا قويا يسبق بشهيق قوى أيضا ولذا يؤمر من لا يعرفون أن يتنفسوا جيدا بفعل السعال لاجل معرفة تناقص قوة الخرير التنفسى هل هو حقيقى أم لا خصوصا عند الاطفال ويخدم السعال لتميز الالغاط

الرطبة عن اللغط الفرقعى والالغاط الجافة واذا يؤمر به عند ما تكون الالغاط غير واضحة كما فى ابتداء الالتهاب والاحتقان الرئويين وعند وجود مادة مخاطية سادة لفوهة اتصال كهف بالشعب لاتسمع بها الالغاط ولا التنفس ولا الاصوات الكهفية فبالسعال تزول تلك المادة وتتضح ظواهر الكهف بأجمعها وبالسعال تعرف صفة الالغاط والظواهر السماعية الاخرى هل هى مستمرة أو وقتية فانها اذا كانت مستمرة تبقى بعده والا فتزول فمثلا متى كان ضعف الخرير التنفسى وقتيا وكان ناشئا عن تراكم مواد مخاطية سادة للشعب ومانعة لمرور الهواء ووصوله فى الحويصلات الرئوية فان السعال بازالته لتلك المواد يعيد الخرير الحويصلى الى قوته وأما اذا لم يعد الخرير الحويصلى الى قوته بعد قذف المواد المخاطية كان ذلك دليلا على ان ضعف الخرير الحويصلى مستمر وناشئ عن تغير مستمر كوجود درن مثلا ومثل الخرير التنفسى الالغاط الرنانة اوتحت الفرقعية فانها اذا زالت بالسعال كانت ناشئة عن وجود مادة مخاطية وان لم تزل دلت على تغير مادى فى الاجزاء التى تتكون فيها وبالسعال تميز أنواع الالغاط عن الاحتكاك الذى يصاحب الالتهاب البليوراوى ويشابه اللغط تحت الفرقعى الناشئ عن وجود مادة مخاطية فى الحويصلات او فى الشعب انما اللغط تحت الفرقعى

يختفى

يختفى مدة بعد السعال أو يتنوّع بخلاف صوت الاحتكاك فانه يبقى بعد السعال على حالته بدون تنوّع

(ظواهر فيسيولوجية)

بوضع الاذن على الصدر وقت السعال يدرك صوت غير متميز مصحوب باهتزازات محركة لجدر الصدر ويكون أقوى وأكثر وضوحا كلما حصل فى أنابيب شعبية متسعة وقريبة من الاذن وقد يستعاض بأمر المريض بفعل تنهد قوى لاجل ظهور الظواهر الصدرية

(فى السعال الانبوبى أو الشعبى)

يصير السعال شعبيا فى الاحوال التى يكون فيها كل من التنفس والصوت شعبيا وفى التمدد الشعبى المصحوب بتكاثف فى الرئة وفى التكبد والدرن الرئوى وفى الانسكاب البليوراوى انما فى هذه الحالة الاخيرة يظهر أنه بعيد عن الاذن ومتكوّن فى شعب مضغوطة وقاصر على جزء من الرئة

(فى السعال الكهفى)

السعال الكهفى أكثر امتدادا وقوّة من السعال غير المرضى ويكون مصحوبا بالتنفس الكهفى وبصدم الاذن وبه تظهر الخراخر الكهفية ويتضح النفخ الكهفى

(فى السعال الزلعى)

يمكن تقليده بفعل السعال فى فوهة قدر فارغة وهو يوجد مع التنفس والصوت الزلعيين

(فى الرنة المعدنية)

يطلق هذا الاسم على صوت فرقعى ذى رنة معدنية يحصل فى الصدر وقت تنفس المريض أو تكلمه أو سعاله وهو يشبه صوتا ناشئا عن سقوط حبة رمل على سطح معدنى أو يشبه جملة أصوات معدنية ناشئة عن سقوط جملة حبوب من مخردق الرصاص على نحو قرص من القصدير وأحيانا يشبه الازيز المعدنى الناشئ عن اهتزاز وتر معدنى وهذه الانواع قد تدرك مدة التنفس أو التكلم أوفى مدة السعال بل وعند جلوس المريض بعد اضطجاعه انما تكون أقل وضوحا فى التنفس ولا تدرك الا فى الشهيق القوى أومدة التكلم القوى المتقطع أو مدّة العدّ ببطء وبصوت عال قصير أو مدة السعال القوى والرنة المعدنية تسمع عادة فى الجزء المتوسط من الصدر وفى اتساع عظيم ولايتغير مجلسها أو يتغير فمثلا بعد أن يكون القسم تحت الشوكة يكون القسم أعلاها وأحيانا يختفى ثم يظهر ثانيا والرنة المعدنية تارة تكون مستمرة وتارة وقتية متقطعة وقد تصطحب باللغط الكهفى وبصوت القدر المشعور المدرك بالقرع وقد تصطحب بالرنة الطبلية للصدر المدركة بالقرع أيضا وبالتنفس الزلعى

(الاسباب)

(الاسباب)

أسباب الرنة المعدنية هى وجود تجويف متسع متصل بالشعب أو منفصل عنها بطبقة رقيقة مشتمل على غاز وسائل وهذا التجويف اما أن يكون كهفيا أو بليوراويا وهذه الرنة المعدنية اذا لم تكن ممتدة فى سعة عظيمة ومثلها الصوت المعدنى ولم يكن هنالك نفخ قدرى دلت على عدم استطراق التجويف بالشعب والا أعلنت بوجود الاستطراق ومعرفة وجود الاستطراق ضرورية لاجل فعل فتحة ظاهرية فى جدر الصدر أو عدم فعلها فاذا لم يكن هنالك ناصور فعلت العملية والا فلا

(فى الصوت التموّجى للصدر)

يعرف هذا الصوت من منذ زمن أبى الطب وقد أضاف اليه المعلم (لانك) الاهتزازات الصدرية لاجل ادراكه ولا ينشأ صوت عن خض الصدر اذا كان سليما لكن اذا كان هنالك انسكاب سائل وغاز فى تجويف البليورا نشأ عن خض الصدر صوت شبيه بالذى ينتج عن خض دورق مملوء نصفه بماء ونصفه الآخر بغاز ويكون قويا أحيانا حتى يسمعه المريض نفسه بل ويسمع من بعد

(الاسباب)

ينشأ هذا الصوت عن وجود سائل وغاز بمقادير متناسبة فى تجويف

فاذا كان محتويا على سائل فقط أو هواء فلا يحصل الصوت المذكور وكذا اذا كانت كمية الهواء أو السائل قليلة ووجوده يدل على كهف أو تجويف بليوراوى

(فى سماع الحنجرة)

ينبغى فى سماع الحنجرة أن يكون المريض واقفا أو جالسا أو مضطجعا على ظهره ورأسه مائلة الى الخلف وتدار تارة الى اليمين وأخرى الى اليسار والسماع هنا يكون بواسطة المسماع مع تجنب الضغط فيسمع فى الحالة الطبيعية صوت فارغ مختلف القوة والمدة على حسب الاشخاص وفى الحالة المرضية يكون الصوت خشنا مبشريا وأحيانا يكون صفيريا أو شخيريا رطبا أو جافا ذا فقاعات غليظة أو ارتعاشيا وأحيانا يشبه اللغط الكهفى ولهذه الاصوات أهمية فى التشخيص ولكن معرفتها وتمييزها عسر فينبغى التعوّد على سماعها وعلى العموم فالصوت الخشن المبشرى يحصل عند مايكون الغشاء المخاطى الحنجرى خشنا جافا كما فى الالتهابات الحنجرية القصبية الحادة أو المزمنة بسيطة كانت أو تقرحية وكما يحصل فى انضغاط القصبة بالجسم الدرقى حال ضخامته

والصوت الحنجرى يكون تارة قويا حتى يسمع من بعد وأحيانا خفيا فلا يسمع الا بواسطة المسماع الموضوع على الجهة الجانبية للحنجرة أو بوضع الاذن خلف العنق حيث لايسمع الخرير التنفسى

الذى

الذي يفطي الصوت الخفيف ويسمع في زمني التنفس أو في الشهيق فقط وينبغي سماع الصدر أولا ثم الحنجرة لاجـل تمييز لغط هذه عن لغط الرئة ويسمع الصوت الصفيري الحنجري في التشنج الحنجري الاصلي كما في الاستيريا والالتهاب الحنجري ذي الغشاء الكاذب وفي السعال الديكي وأوزيما الحنجرة أو عند وجود جسم غريب أو عند انضغاط القصبة بأونوريزما الابهر أو ببعض أورام وتسلطن في الشهيق وفي أوزيما الحنجرة تكون قوته في الشهيق أعظم منها في الزفير وفي تقرح الحنجرة وتضايق حوافيها يسمع مدة مرور الهواء صوت رنان يكون أكثر وضوحا في زمن الشهيق يشبه الصوت المار بسرعة من فتحة ضيقة

وأما الصوت الشخيري فهو نوع من الصوت الصفيري وينشأ عن وجود سائل لزج في تجويف الحنجرة كما في الكروب

والصوت الفقاعي الرطب للحنجرة والقصبة أو الخرخرة القصبية ينشأ عن تراكم سائل في الحنجرة أو في القصبة أو في فروعها ويسمى بخرخرة النزع لانه كثير المشاهدة في الساعات الاخيرة من الحياة حيث تفقد قوى المريض فلا يقدر على قذف المادة المخاطية وهو على العموم علامة محزنة ويكون مصحوبا بلغط مخاطي عمومي في الصدر لكن متى كان وحده وكان غير مصحوب بالخراخر المخاطية للصدر ربما دل على نزف حنجري منشؤه تجويف الحنجرة وقد يوجد

هذا الصوت في النزف الشعبي وفي هذه الحالة يكون انذاره جيدا بالنسبة للحالة الاولى ثم انه بالتسمع على الحنجرة تدرك عدة أشياء منها الصوت الكهفي الحنجري فانه يدل على تقرح في هذا العضو خصوصا متى شغل التقرح قاع البطين الحنجري ومنها الصفير الذي يحصل من وجود جسم غريب في هذا العضو فاذا كان متحركا بكل من هواء الشهيق والزفير وكان نغمه شبيها بالنغم الناشئ عن اهتزاز العلم دل على وجود أغشية كاذبة ومجلسه وامتداده يعلمان باصابة الحنجرة وحدها أو اشتراك القصبة معها وسبب تحرك هذه الاغشية هو انفصالها في معظم امتدادها من الغشاء المخاطي وبقاؤها معلقة به بجزء صغير منها

(في تسمع الجهاز الدوري)

يفعل التسمع على القلب والاوعية الغليظة

(قواعد عامة)

لاجل أن يتحصل الطبيب من سماع الجهاز الدوري على نتائج أكيدة ينبغي أن يكون المريض في هدو تام كيلا يحصل اضطراب في الدورة بعكس الاحوال التي يراد فيها استماع الالغاط الغير الطبيعية التي لاتدرك في الاحوال العادية فانه يؤمر المريض فيها بالمشي بسرعة لتسرع ضربات القلب فتسمع ألغاطه المرضية

وينبغي

وينبغى على العموم لاجل سماع القلب أن يستلقى المريض على ظهره ثم يجلس على التعاقب لكن فى التسمع على الجهة المقدمة للصدر يجب أن يكون جالسا ومنحنيا الى الامام ليصير بذلك القلب سطحيا وعلى العموم يكون قسم القلب مغطى بنحو القميص فقط أو عاريا وهو الاحسن ويؤمر المريض بايقاف تنفسه أو بأن يتنفس تنفسا هادئا لكن لا ينبغى أن يوقف تنفسه مدة طويلة لئلا تضطرب ضربات القلب ومتى كان التسمع بالسماع يقف الطبيب على يسار المريض واذا كان بالاذن يقف على يمينه وعلى الطبيب تكرار البحث لاجل الوقوف على استمرار ظواهر التسمع أو تغيرها واستعمال السماع فيما اذا أراد معرفة ألغاط القلب بالدقة

(صفة ألغاط القلب الطبيعية)

متى وضعت الاذن على قسم القلب سمعت لغطا مخصوصا يتكرر ٧٠ أو ٨٠ مرة فى الدقيقة الواحدة يقال له (تيك تاك) مكوّنا من لغطين الاول منهما أصمّ غائر مستطيل واضح يحصل زمن الصدمة والنبض ويسمع بوضوح بين الضلعين الرابعة والخامسة أسفل الثدى وانسيه والثانى يكون واضحا سطحيا قصيرا ويحصل بعد النبض ومجلسه الاكثر ايضاحا نحو الضلع الثالثة أعلى الثدى وانسيه نحو حافة القص وعلى العموم فاللغط الاوّل أى التيك

يحصل ويعقب حالا بالنبض وبسكون قصير المدة يسمى بالراحة الاولى للقلب واللغط الثانى أى الثالث يلى الراحة الاولى والنبض ويعقب بالراحة الثانية أو السكون الطويل المدة ثم يبتدئ النبض وهكذا على التوالى

وضربات القلب تختلف فتكون عند الشبان من ٦٠ : ٨٠ فى الدقيقة وعند بعض الاشخاص تتجاوز هذا العدد بدون أن يعرف لذلك سبب وتكون ضربات القلب سريعة عند النساء خصوصا عند الاطفال وتكون أسرع فى حالة الوقوف والجلوس من الاضطجاع وكل من المشى والجرى والغضب وغير ذلك يوجب سرعة فى ضربات القلب لكن فى بعض استثناآت يبطئها وعند بعض الاشخاص تكون غير منتظمة من غير أن يعلم السبب

وضربات القلب تكون عديدة عند عصبي المزاج وذوى الصدور الضيقة ونحيفى البنية وتزداد بكل سبب يوجب سرعة الدورة

واللغط الاول يسمع بوضوح عند مايكون الشخص منحنيا الى الامام اذ يكون القلب ملامسا لجزء عظيم من جدر الصدر وتسمع ضربات القلب بوضوح عند الدرنيين وبالعكس عند الانفيزيماويين

(ألغاط القلب الطبيعية)

لما كان المقصود من كتابنا هذا هو ذكر الظواهر الاكيدة

كثيرة

كثيرة الاهمية فعلينا أن نقتصر على ما عوّل عليه جمهور المحققين من الاطباء والفيسيولوجيين من النظريات المتبعة الآن فنقول اذا فرض ان تجاويف القلب وصل اليها الدم من الاوردة الاجوفية والرئوية فالجزء الذى ينقبض منه أولا هو الاذينان اللذان يكون انقباضهما قصير المدة سريعا ويبتدئ من فوهات الاوعية بقوّة ويتجه نحو البطينين اللذين ينقبضان فجأة عند تمام انقباض الاذينين فيقرع القلب الصدر وفى هذا الزمن تتوتر شرافات الصمامين الاذينيين البطينيين لمنع رجوع الدم نحو الاذينين والدم المنضغط حينئذ من جميع الجهات بالانقباض البطينى يدفع الصمامين ذوى الشرافات النصف هلالية لكل من الشريان الرئوى والاورطى ويدخل فيهما وفى هذا الزمن يسمع اللغط الاول للقلب الذى يعقب براحة قصيرة المدة فيها تنبض الشرايين البعيدة ثم يتلوهذا الزمن استرخاء فى ألياف القلب العضلية وتوتر فى شرافات الصمامين السينيين لانخفاضها بعمود الدم كى يمتنع رجوع الدم نحو البطينين وفى هذا الزمن يحصل اللغط الثانى للقلب الذى يتبع بالراحة الطويلة المدة

(واعلم) انه متى أخذ البطينان فى الاسترخاء فالدم الآتى الى الاذينين من الاوردة يمر من الفتحتين الاذينيتين البطينيتين بدون ممانعة لاسترخاء صماميهما حينئذ بانقباض الاذينين وعند ماتمتلئ

البطينان بالدم ينقبضان مع حصول الظواهر المذكورة وهذا مايسمى بدورة الدم فى القلب

وأما أسباب الالغاط فمنها أسباب اللغط الاول التى هى الانقباض البطينى وقرع الموجة الدموية القلبية البطينية للوجه البطينى للصمامين السينيين ومصادمة شرافات الصمامين الاذنيين البطنيين لبعضهما وهى التى عليها مدار تكوين اللغط لانها متى اعتراها تغير ما تغير طبيعة اللغط الاول للقلب وأما حركة اندفاع القلب فهى مما يساعد على تقوية هذا اللغط على ماذهب اليه جمهور المحققين ومنها أسباب اللغط الثانى التى هى توتر شرافات الصمامين السينيين وقرعها بعمود الدم للشريانين اللذين يميلان للعود الى البطينين ولذا يحدث عدم كفاية غلق هذين الصمامين أو أحدهما تغيرا فى هذا اللغط

(فى ألغاط القلب المرضية)

قد تبين مما تقدم أن اللغط الاول الطبيعى يسمع بوضوح تام أسفل الثدى وانسيه قليلا وهذا فى الاذين البطينى اليسارى واللغط الثانى أعلاه بخمسة سنتيمتر وانسيه قريبا من حافة القص فى الصمامات الاورطية وأن عدد مايسمع فى الدقيقة الواحدة من ألغاط القلب يختلف مابين ٦٠ و ٨٠ لغطا مزدوجا يتعاقبان بانتظام فى القوة والمدّة والراحة

وفى

وفى الاحوال المرضية يحصل تغيرات مختلفة اما فى مجلسى اللغطين فيسمعان فى نقط غير اعتيادية أو فى سعة ممتدة زائدة عن العادة أو متناقصة واما في ازدياد قوة اللغط أو نقصه وقد يكون التغير فى الطرز (فتارة يسمع ثلاثة ألغاط أو أربعة وتارة لغط واحد فى كل حركة دورية للقلب) أو فى رنانية الالغاط الطبيعية وقد تصحب هذه أو تتبع بألغاط غير طبيعية أو تستبدل بها

(فى تغير مجلس ألغاط القلب)

يتأتى تغير مجلس لغطى القلب فيسمعان فى نقطة من الصدر بعيدة كثيرا أو قليلا عن النقطة الطبيعية وقد يتغير مجلس اللغطين معا أو مجلس أحدهما فقط وحيث ان اللغط الاول أكثر وضوحا ويحصل مدة اندفاع القلب وقرعه لجدر الصدر تكون تغيرات مجلسه سهلة المعرفة بالنظر والجس لكن قرع القلب لجدر الصدر قد يكون غير محسوس فالتسمع حينئذ يكون مهما جدا

ثم ان تغير مجلس لغطى القلب يكون على أنواع مختلفة فيكون من أعلى الى أسفل أو من أسفل الى أعلى أو من اليمين الى اليسار أو العكس أو الى الخلف أو الى جهات مختلفة وتكون هذه التغيرات ناتجة عن تغيرات فى القلب أو فى التامور أو فى الاوعية الغليظة أو الاعضاء المجاورة وتغير مجلس لغطى القلب من أعلى الى أسفل نادر الحصول وقليل الامتداد و ينشأ عن أورام مختلفة

الطبيعة شاغلة لقاعدة القلب فتدفعه نحو البطن كاونوريزما
الاورطى وسرطان الجزء العلوى من الحجاب المنصف المقدّم وقد
يحصل هذا التغير من ضخامة وتمدّد الاذينين وفى هذه الحالة تتجه
قمة القلب الى الخارج فى غالب الاحوال وأما التغير من أسفل
الى أعلى فكثير المشاهدة والامتداد حتى أن ألغاط قمة القلب قد
تسمع بوضوح فى محاذاة الضلع الثالثة بل والثانية وينشأ هذا
التغير عادة من اندفاع الحجاب الحاجز الى أعلى بواسطة تمدد غازى
معوى أو استسقاء زقى وتغير المجاس الجانبي كثير المشاهدة أيضا
فيسمع اللغطان فى يسار مجاسيهما الطبيعيين وينشأ ذلك عن تمدد
اونوريزماوى للبطين اليمنى أو عن انسكاب بليوراوى يمنى عظيم دفع
الحجاب المنصف وهو أكثر حصولا من الاوّل وتارة يسمع اللغطان
فى عين مجلسيهما الطبيعيين فى مسافة كثيرة الامتداد أو قليلته اما
خلف القص او خلف حافته اليمنى أو وراء الغضاريف الضلعية
القصية اليمنى ويكون ناتجا عن تراكم سائل عظيم أو غاز فى
تجويف البليورا اليسرى ودرجة هذا التغير متعلقة بكمية السائل
أو الغاز ودرجة رجوع الالغاط الى محلها الطبيعى تعلن بالتناقص
التدريجى للسائل أو الغاز

وفى التغير الخلفى تسمع ألغاط القلب بوضوح فى الجهة الخلفية من
الصدر على يسار العمود الفقرى وهذا ينشأ عن اونوريزما قوس

الاورطى

الاورطى (التى فى أثناء تكونها الغير الاعتيادى تتجه أمام القلب) خصوصا عن الاورام السرطانية التى توجد أمام القلب وتغيرات مجلس لغطى القلب فى جهات مختلفة تحصل إما من التصاقات غير طبيعية بين القلب والتامور أو بين هذا والبليورا أو بدونها أو من الراشيتسم أو من نمو فى أقطار القلب

(فى تغير سعة مجلس لغطى القلب)

المسافة التى يسمع فيها لغط القلب فى الحالة الطبيعية تارة تزداد وتارة تنقص وعند بعض المرضى تكون محدودة على قسم القلب وعند بعضهم تسمع بوضوح فى الجهة الخلفية لغاية عظم اللوح اليمنى واختلاف سعة مجلس لغطى القلب يتعلق بأحوال مرضية فى القلب نفسه اما فى حجمه أو فى قوة انقباضاته وقد تكون السعة متعلقة بكثافة الاعضاء المجاورة وتناقص السعة قد يكون ناشئا عن ضمور القلب أو عن ضخامته المركزية أو عن لين موضعى أو عمومى فيه أو عن حالة ضعفية له أو عن انفيزيما رئوية ففى جميع هذه الاحوال تتناقص صدمة القلب وشدة الالغاط فى القسم القلبى

وتزايد المسافة التى تسمع فيها الالغاط القلبية يتعلق بضخامة دائرية للقلب أو بخفقان عصبى أو بحالة تنبيه مرضى عمومى أو بتغير مجاور كالتكبد والتدرن الرئوبين وقد يكون متعلقا بنضح بليوراوى

(فى تغير شدّة ألغاط القلب)

شدّة ألغاط القلب قد تزيد عن الحالة الطبيعية أو تنقص عنها فتكون تارة قوية واضحة بحيث يسمعها المريض نفسه وتكون مصحوبة باندفاع القلب بقوّة بحيث يحدث ارتفاع المسماع أو رأس الطبيب الموضوع على الصدر للتسمع وقد تكون ضعيفة بالكلية حتى ان أذن المستقصى لاتدركها وبوضع اليد على قسم القلب لايحس بصدمة وزيادة شدّة اللغط تنشأ عن الضخامة القلبية المصحوبة بتمدّد التجاويف أو عن تيبس المنسوج العضلى لجدر القلب أو عن تنبيه عصبى موضعى أو عمومى أو عن امتلاء دموى أو عن ردّ فعل التهابى به تسرع الدورة

وتناقص شدّة ألغاط القلب يتعلق اما بضمور القلب أو بضخامته المركزية أو بتناقص فى قوّة نسيجه العضلى أو ببطء الدورة الدموية أو بضعف عمومى أو جزئى فى المجموع العصبى وقد يكون ناشئا عن وجود نضح تامورى أو عن وجود جزء سميك من الرئة فى حالة انفيزيما بين القلب وجدر الصدر

(فى تغير طرز ألغاط القلب)

هذا التغير يكون اما فى عدد الضربات فى زمن معين أى تواترها واما فى نظام تعاقبها

(فى

(فى التواتر)

عدد اللغط المزدوج للقلب قد يزيد فيصل فى الحالة المرضية الى ٨٠
أو ينقص فينحط الى ٦٠ فى الدقيقة الواحدة فتواتر ضربات
القلب كثير المشاهدة فى أمراض عديدة للقلب أو للاعضاء الاخرى
للجسم ويكون أحد الاعراض الرئيسة للامراض الحمية والالتهابية
وقد يشاهد فى بعض الاحوال الضعفية العمومية للبنية كالانيميا
التى يكثر فيها انقباض القلب ليدفع للمجموع الشريانى كمية
كافية من الدم لكن فى هذه الاحوال يندر أن تزيد عن ١٦٠ ضربة
فى الدقيقة الاعند الاطفال فانها قد تصل الى ١٧٠ بل ١٨٠
ولكن تجاوز ضربات القلب هذا الحد الاخير لايحصل الا فى الدور
الاخير للامراض ويكون دليلا أكيدا على الانتهاء المحزن
وفى بعض أمراض القلب يحصل اضطراب فى ضربات القلب
وبناء على ذلك يضطرب النبض بحيث اذا جس لايمكن عده ويحس
بنوع اهتزاز تحت الاصبع واذا وضعت الاذن على الصدر لايمكنها
عد ضربات القلب فتكون متواترة جدا وعديمة الانتظام وظهور
هذه الاعراض فجأة عند مريض كانت ضربات قلبه منتظمة يدل
على حصول تعقدات دموية فى باطن القلب غالبا
وتناقص عدد ضربات القلب قد يكون متعلقا بأسباب غير معلومة

كما أنه قد يكون متعلقا بتغير فى القلب نفسه فبعضهم شاهد أن ضربات القلب انحطت الى ٤٠ بل ٣٠ أو ٢٨ أو ٢٥ نبضة فى الدقيقة وشوهد أن هذا البطء يصحب تغير الفتحة الاورطية كتضايقها أو صلابة صماماتها أو حالة لين القلب أو استحالته الشحمية

(فى تغير نظام تعاقب الالغاط القلبية)

يدخل تحت هذا المطلب تغير طرز ضربات القلب أو تغير مايكونها فتارة يحس بمجموع ضربات قلبية سريعة يعقبها مجموع آخر ضرباته بطيئة وهذا التعاقب يحصل أحيانا بانتظام تام وأحيانا بدونه وبدون ضبط واحيانا يحصل وقوف فى النبض يسمى بالتقطع لكن لايعتمد على النبض لان التقطع ينشأ عن انقباضات قلبية ضعيفة لاتدرك بالنبض وهذه التغيرات المختلفة تكون نتيجة اضطراب عصبى لاعصاب القلب المحركة وعند ماتكون قوية مختلطة ومستمرة تكون نتيجة تغير مادى كتضايق الصمام الاذينى البطينى اليسارى والتغير الذى يحصل فى راحة القلب هو تنوع زمنها خصوصا الراحة الطويلة المدة فانها تقصر نوعا وتستطيل الراحة القصيرة وبذلك يصير طرز القلب ذا زمنين وتشبه ألغاطه حينئذ تذبذبات البندول وهذا يحصل بكثرة فى سن الشيخوخة عند مايكون القلب ضخما مسترخيا والاورطى متمددة تدريجا وفاقدة لمرونتها وانقباضات جدرها

واحيانا

وأحيانا تستطيل مدة الراحة الكبيرة بسبب صعوبة وصول الدم الى البطينات فتوجب الظن حينئذ بوجود تضايق فى فتحة الصمام الاذينى البطينى كما انها تشاهد أيضا فى بطء الدورة والتغير الذى يشاهد فى مدة لغطى القلب هو عبارة عن تنوّع فى اللغط الاوّل الذى قد تستطيل مدّته عن الحالة الطبيعية وهذا يدل على مكابدة البطين لصعوبة عظيمة فى تفريغ دمه ويشاهد هذا التغير فى بعض الضخامات المصحوبة بضيق فى الفتحات الشريانية

(فى تغير عدد ألغاط القلب)

يسمع فى كل حركة قلبية لغطان الاوّل منهما أصم والثانى واضح وكل منهما لايتغير الا فى الحالة المرضية فتارة لايسمع الالغط واحد وتارة يسمع ثلاثة ألغاط أو أربعة فى كل حركة قلبية .

(فى الالغاط الغير الطبيعية للقلب)

يطلق اسم لغط غير طبيعى على الالغاط التى لاتوجد فى الحالة الطبيعية وتصحب الالغاط الطبيعية أو تقوم مقامها وهذه الالغاط تقسم الى ألغاط حاصلة فى تجويف القلب والى ألغاط حاصلة خارجه وهاك جدولا يتضمن الالغاط غير الطبيعية للقلب

الغاط غير طبيعية وهى على نوعين

أولا الالغاط داخل القلب
- اللغط المنفاخى
- المبشرى
- المبردى
- المنشارى
- الموسيقى كهرير القط

ثانيا الالغاط خارج القلب
- اللغط الاحتكاكى
- الازيزى
- الكشطى
- الطاحونى

(النوع الاول فى الالغاط داخل القلب)

ألغاط القلب الداخلية تارة تكون عبارة عن نفخ لطيف أو خشن يشبه الصوت الناشئ عن البشر أو عن حك مبرد بقطعة خشب أو الناشئ عن النشر أو يشبه الصوت الموسيقى وهذه الالغاط اما أن تصحب الالغاط الطبيعية أو تسبقها أو تحل محلها

(فى اللغط المنفاخى)

هو اللغط الاكثر مشاهدة وهو تارة يسمع بوضوح وتارة يعسر ادراكه ويحل محل اللغط الاول فى أغلب الاحوال وتارة يكون قلبيا فقط وأخرى قلبيا وشريانيا فيسمع فى الشرايين العظيمة البعيدة عن

القلب

القلب وهو ينشأ عن احتكاك الدم فى محل ضيق صلب فيشاهد فى ضيق الصمامات أو فى عدم كفاية غلقها أو عند ما تكون الاوعيـة القلبية الغليظة منضغطة كما يشاهـد ذلك فى الانسكاب التامورى العظيم

وضيق الصمام تارة يكون خلقيا وتارة يكون عارضيا ناشـئا عن صلابة الصمام أو عن التهاب الغشاء الباطن للقلب المصحوب بتكوّنات عضوية أو فطرية أو بأورام ينتج عنها ضـيق الصمام أو عـدم كفاية غلقـه وقـد ينشأ اللغط المنفاخى عن حالة للدم كالخلوروز والانيميا أو عن حالة عصبية لكن الاضطراب العصـبى وحده لايكفى لاحداثه ولذا يكون مصحوبا غالبا بتغير فى الدم

(فى تشخيص الالغاط غير الطبيعية)

قد يكون اللغط غير الطبيعى وحيدا ويسمع مع اللغط الاول ويكون ناشئا اما عن ضـيق الصمام الاورطى أو عن عـدم كفاية غلق الصمامين الاذينيين البطينيين فاذا سمع اللغط غير الطبيعى قبـل انقباض القلب أى قبل اللغط الطبيعى الاوّل أى مدة الانقباض الاذينى دل على تضايق الصمام الاذينى البطينى واذا عوّض اللغط الثانى الطبيعى مدة ارتخاء القلب وانقباض الاذينين ورجوع جدر الشرايين على نفسها بمرونتها يكون ناشئا اما عن ضيق فى الصمام الاذينى البطينى كما ذكرنا أو عن عدم كفاية فى غلق الصمام

السيني الاورطى لكن حيث ان الدم الاذيني لايأتى بقوة الى البطين بعكس عمود الدم الموجود فى الاورطى يميل لان يرجع الى البطين بقوة عند عدم كفاية فى غلق صمامه وبذلك يحصل احتكاك قوى يحدث اللغط النفخى فحينئذ وجود اللغط غير الطبيعى فى زمن استرخاء القلب يكون ناشئا عن عدم كفاية غلق الصمام الاورطى أكثر من أن يكون ناشئا عن ضيق الصمام الاذيني البطيني ولذا ينبغى أن يعلم انه اذا وجدت أعراض امراض عضوية قلبية مثل عوق الدورة وأوزيما فى الاطراف وعسر فى التنفس وصغر فى النبض فى زمن استرخاء القلب بدون سماع اللغط المنفاخى المعوض للغط الطبيعى يكون ذلك التغير ناشئا عن ضيق الصمام الاذيني البطيني لكن لعدم قوة الاحتكاك قد لايسمع اللغط غير الطبيعى

والالغاط الناشئة عن تغير فى الصمام الاورطى تسمع عادة فى نقطة أعلى من نقطة تغير فتحة الصمام الاذيني البطيني أعنى نحو قاعدة القلب فى تغير صمام الاورطى ونحو قمته فى تغير الصمام الاذيني البطيني ويلزم اعتبار امتداد اللغط غير الطبيعى نحو الاوعية وعدمه لان التغير الصمامى الاورطى يمتد فيه اللغط نحو الاوعية وعكسه تغير الصمام الاذيني البطيني فيقتصر على قمة القلب

واذا سمع لغط منفاخى مع اللغط الاول وكان مجلس قوته قاعدة

القلب وكان ممتدا نحو الاوعية دل على ضيق الصمام الاورطى وأما اذا سمع بقوة فى قة القلب واقتصر عليها فانه يكون ناشئا عن عدم كفاية الصمام الاذينى البطينى واذا سمع اللغط غير الطبيعى فى اللغط الثانى وكان مجلسه قاعدة القلب وامتد نحو قته كان ناشئا عن عدم كفاية غلق الصمامات السينية وأما اذا كان مجلسه قة القلب واقتصر عليها فانه يدل على ضيق الصمامات الاذينية البطينية وهاك جدولا يتضمن بيان تلك التغيرات

لغط منفاخى يسمع قبل اللغط الاول الطبيعى مجلسه قة القلب	ضيق الصمام الاذينى البطينى
لغط منفاخى يسمع مع اللغط الاول الطبيعى نحو قاعدة القلب ممتدا نحو الاوعية الغليظة	ضيق الصمام السينى
لغط منفاخى يسمع مع اللغط الاول الطبيعى قاصرا على قة القلب	عدم كفاية غلق الصمامات الاذينية البطينية
لغط منفاخى يسمع مع اللغط الثانى الطبيعى	عدم كفاية غلق الصمامات السينية

ولاجل معرفة كون التغير شاغلا للقلب اليمينى أو اليسارى يلزم اعتبار المجلس فمجلس ألغاط القلب الاعين هو القسم فوق المعدة أسفل النتوّ الخنجرى للقص لتغير الصمام الاذينى البطينى اليمينى وغضروف

الضلع الثالثة اليسرى لصمام الشريان الرئوى والثالثة اليمنى لتغير صمام الابهر وأسفل الثدى اليسارى للاذين البطينى اليسارى ويجس النبض الكعبرى يرى دقيقا صغيرا فى ضيق الصمام الاورطى والاذينى البطينى اليسارى وفى عدم كفاية غلق هذا الاخير ويكون قويا وثبيا فى عدم كفاية غلق الصمام الاورطى غير المصحوب بتضايق فيه وأما اذا كان مجلس التغير القلب اليمنى فتكون أوردة العنق مجلسا لظواهر مرضية كتمدد الوريد الودجى أو نبضه عند كل انقباض قلبى وعلى العموم فتغيرات الصمامات القلبية اليمنى قليلة الحصول بالنسبة لليسرى

(فى اللغط المبشرى والمبردى والمنشارى)

أحيانا يكون اللغط المنفاخى خشناقويا فيشبه الصوت الناشئ عن بشر قطعة من خشب أونشرها أوبردها وعلى العموم فالصوت المبشرى أقوى من المنفاخى وأقوى منه المبردى والمنشارى أقواها ووجود هذه الالغاط يدل على وجود تغير فى الصمامات به يحصل احتكاك قوى بالدم المار من الصمامات المتغيرة وقد توجد أصوات أخرى كالصوت الموسيقى أوالصفيرى أو غير ذلك

(النوع

(النوع الثانى من الالغاط غير الطبيعية أى المتكونة
خارج تجويف القلب)

من هذه الالغاط الصوت الاحتكاكى الذى ينشأ عن وجود نضح ليفى مغطٍ لوريقة التامور المصلية وو ريقة القلب ولذا يسمع مدة انقباض القلب ومدة استرخائه وهو ينشأ عن التهاب الغشاء المصلى التامورى ذى النضح الليفى وأما اذا كان النضح مصليا عظيم المقدار فلا يسمع

(فى الالغاط الحاصلة فى الاعضاء المجاورة للقلب)

هذه الالغاط تحصل اما فى المعدة أوفى البليورا أو فى الرئة أو فى المسالك الهوائية الاخرى لكن لندرتها لانتكلم عليها

(فى تسمع الاوعية الغليظة)

(قواعد خصوصية)

تختلف طرق تسمع الاوعية على حسب كون التسمع واقعا على الاورطى أو على الشرايين أو على الاوردة سواء كان فى العنق أو الاطراف

فالاورطى الصدرية تسمع بالاذن العارية من الجهة المقدمة للصدر والنازلة تسمع كذلك بالاذن لكن من الخلف على الخط المتوسط من الظهر ويستعمل المسماع فى تسمع الاورطى البطنية لكن ينبغى أن يكون الضغط به خفيفا حذرا من احداث ضيق صناعى فيه ينشأ عنه لغط منفاخى صناعى وفى العنق ينبغى وضع المسماع بعيدا

عن القصبة الهوائية وفى أعلى الترقوة فى الحفرة أعلاها بين فرعى العضل القصى الترقوى الحلى أو بين حافتها المقدمة والقصبة أو خلف الجزء الوحشى لهذه العضلة ويؤمر المريض بعدم التنفس او بأن يتنفس بهدو

(فى الظواهر الفيسيولوجية)

عند تسمع الاورطى أو الاوعية الغليظة يسمع لغطان موافقان للغطى القلب يتنا قصان كلما بعد الباحث عن القلب فلا يدركهما فى الاوعية الدائرية

(فى الظواهر المرضية)

قد يسمع فى الاورطى ألغاط مرضية كاللغط المنفاخى أو الهزى وأحيانا تدرك الالغاط القلبية واللغط المرضى قد يكون محدودا أو منتشرا فى الوعاء

(أسباب الالغاط المرضية للاورطى)

الالغاط المرضية قد تكون ناشئة عن وصول الالغاط القلبية أو عن تغير جدر الاورطى أو عن السببين معا فالتغيرات التى تنشأ عن وصول الالغاط المرضية القلبية هى أمراض الصمامات وأما امراض جدر الاوعية فهى كل مايعوق الدم أو يحدث خشونة أوضيقا أو تمددا فى جزء من جدرها وقد يكون السبب رقة الدم وأحيانا يسمع لغط منفاخى أو درى فى الوريد الودجى اليمنى عند الانيماويين

الانيماويين ويكون ذلك ناشئا عن قلة كرات الدم وسرعة تيار الدورة وسماعه فى الجهة اليمنى ناشئ عن كون الوريد القلبى أكثر استقامة وامتدادا وغلظا ولاجل سماعه يضجع المريض على ظهره وعنقه ممدد ورأسه منحن قليلا الى الخلف واليسار ووجوده يدل على تغير فى الدم

(فى تسمع البطن)

لاجل تسمع الاعضاء البطنية يضجع المريض على ظهره ونخذاه منثنيتان نحو بطنه وساقاه نحو فخذيه والبطن عار أو مغطى بقميص فقط ويقف الطبيب فى الجهة التى يريد استماعها سواء كان بالاذن العارية أو بالمسماع وهو الاحسن لاجل ضغط جدر البطن والقرب من العضو المراد استماعه ففى الحالة الطبيعية بسبب ملاسة البريتون تحصل الحركات المعوية بدون أن يدرك المستمع حركتها لكن متى حصل التهاب فى البريتون فقد يسمع احتكاك وذلك قبل حصول النضح الالتهابى المصلى الذى يبعد جدر البطن عن الاحشاء المعوية وهذا الاحتكاك يشبه احتكاك الالتهاب البليوراوى لكن رخاوة الاحشاء البطنية وعدم ملامستها لبعضها بالضبط تعكر على سماع هذا الاحتكاك ووجود الالم الحاد مما يمنع تسمع البطن حينئذ

وعند تسمع بطن الحامل فى نصف مدة حملها يدرك ألغاط بعضها

ينسب لاوعية المرأة وبعضها ينسب لجنينها لكن لاجل تسمع ألغاط ضربات قلب جنينها يلزم استعمال المسماع ولاجل ادراكها ينبغى تسمع جملة نقط مختلفة من البطن مدة مستطيلة ومتى وجدت يجس نبض الام مدة التسمع لاجل تمييز ضربات قلب الجنين عن نبض الام ومن الالغاط التى تسمع وتنسب لاوعية الام اللغط المسمى بالنفخ الرحمى

(فى النفخ الرحمى)

النفخ الرحمى يشبه النفخ الناشئ عن ضغط شريان غليظ وهو موافق لنبض الام فتارة يكون قويا وتارة ضعيفا وتارة قصيرا وتارة مستطيلا ولاجل سماعه يلزم السكون التام والتدقيق مدة بعض دقائق واللغط الذى يسمع بوضوح هو نحو الاربية ويسمع النفخ الرحمى عادة من ابتداء الشهر الرابع وهو ناشئ عن مرور الدم فى الاوعية الرحمية التى صارت متسعة بالحمل ووجوده مع العلامات الاخرى يؤكد الحمل

وقد يسمع لغط ينشأ عن تحرك الجنين تارة يشبه الصدمة وتارة يشبه الاحتكاك ويدرك زمنا ويختفى زمنا آخر ولايسمع قبل الشهر الرابع ومتى حصلت هذه الحركة تدركها العين العارية واليد الملامسة فاذا زالت مع ضربات قلب الجنين بعد وجودهما دل ذلك على موت الجنين

(فى

(فى لغط قلب الجنين أى ضربات قلبه)

اللغط القلبى الجنينى هو عبارة عن (تيك تاك) متكرر غير متناسب مع نبض الام وعدده يختلف من ١٢٠ : ١٥٠ فى الدقيقة الواحدة ويندر أن يزيد عن هذا العدد وشدته تختلف أيضا فوجود كمية عظيمة من مياه الامينيوس يضعف قوته وكذا سموكة جدر بطن الام وتحرك الرحم ويسمع عادة أعلى من الاربية خصوصا اليسرى نحو ابتداء الشهر الخامس وان كان بعضهم سمعه بعد أربعة أشهر ونصف وبعضهم بعد ثلاثة أشهر ونصف وبعضهم نحو آخر الشهر الثالث وهو غير متعلق بتنوعات دورة الام ووجوده علامة مهمة على وجود جنين لكن عدم سماعه لا ينفى وجوده وحيث ان القلب الجنينى موضوع فى محاذاة الزاوية السفلى لعظم اللوح اليسارى أقرب الى الرأس من المقعدة يخدم مع العلامات الاخرى لتميز الجيئات والاوضاع المختلفة

(الفصل الثانى)

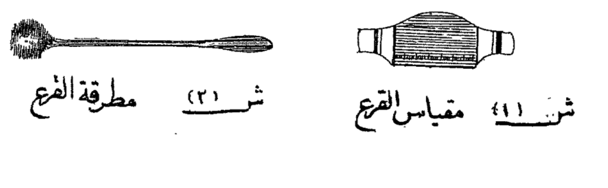
(فى القرع)

يترا آى أن القرع كان موجودا من عهد ايبوقراط لكن الذى شرحه هو أو بريجر سنة ١٧٦١ ميلادية ثم بعده ترك فى زوايا الاهمال الى ان أظهره المعلم (كورفيزار) ثم أتقنه المعلم (پيورى)

(قواعد عمومية للقرع)

يجب على الطبيب أن يكون فى راحة وتكون يده مكوّنة لزاوية قائمة ويقرع بقوة واحدة على الاصقاع المختلفة ويحافظ على مساواة البعد بين أذنه والجزء المقروع بحيث لاتكون قريبة ولا بعيدة ويفعل القرع اما باليد أو بواسطة أخرى ومتى فعله باليد ينبغى أن تكون اطراف أصابعه مجتمعة وعلى مساواة واحدة والسلاميان الاخيرتان لكل اصبع تكونان منثنيتين على الاولى له بحيث تكوّن زاوية تكاد أن تكون قائمة وعادة يوضع على الجزء المراد قرعه قطعة عاج مفرطحة مستطيلة دقيقة تنتهى بطرفين يخرج من كل منهما صفيحة عمودية قليلة الارتفاع وهذه القطعة تسمى بالبليسيمتر أى بمقياس القرع شكل (١) وحينئذ يكون القرع بمطرقة مخصوصة شكل (٢) أو يقرع باصبع اليد اليمنى كماذكرنا مع وضع أصابع اليد اليسرى على الجزء المراد قرعه وهو الاحسن ويقرع عادة على السبابة أو الوسطى وتكون الاصابع متباعدة عن بعضها مع ضغط خفيف اذا كان الجزء المراد سماع رنانيته سطحيا أو ضغط قوى اذا كان غائرا ولا ينبغى أن تتجاوز حركة اليد القارعة المفصل الرسغى أى المعصم ومتى كانت جدر الاعضاء سميكة احتاجت لقرع قوى فيقرع بثلاثة اصابع من اليد اليمنى واذا كانت الجدر رقيقة لاتحتاج لقوة عظيمة يكفى

القرع



شـ (١) مقياس القرع

شـ (٢) مطرقة القرع

القرع بالسبابة والوسطى أو بالوسطى فقط وينبغى أن يكون الجزء المقروع عاريا أومغطى بقميص رقيق فقط أو بخرقة وأما الصوف والحرير فيرفعان بسبب الصوت الذى ينشأ عنهما

(فى قرع الصدر)

لاجل قرع الجهة المقدمة من الصدر يلزم أن يكون المريض واقفا أو جالسا وظهره مرتكزا وذراعاه نازلين ورأسه مستقيما وأحسن من ذلك أن يكون مضطجعا وحينئذ يكون ذراعاه ممتدين على جانبيه وكتفاه متجهين قليلا نحو الخلف لاجل تمدد الجهة المقدمة للصدر وفى قرع الحفرة فوق الترقوة يكون الرأس مائلا الى الجهة المقابلة وفى قرع الجهة الجانبية يكون ذراع الجهة المقروعة موضوعا على الرأس أو ممسكا بمساعد وفى قرع الجهة الخلفية يكون المريض جالسا والرأس منثنيا الى الامام وبناء على ذلك يكون الظهر محدبا والذراعان متصالبين من الامام بحيث ان عظم اللوح يتباعد عن العمود الفقرى والعضلات الخلفية ممتدة قليلا ويلزم فعل القرع المقابل فى النقط المقابلة بقوة واحدة وفى وضع واحد مدة الشهيق والزفير

(الظواهر الطبيعية لقرع الصدر)

لاجل التمرن على سماع صوت قرع الصدر السليم يلزم قرع صدر أشخاص فى صحة جيدة فيسمع صوت رنان واضح يختلف باختلاف نقط الصدر المقروعة فيكون واضحا أعلى الترقوة وأسفلها لغاية الضلع الرابعة ثم يأخذ فى الضعف خصوصا عند ضخام الاجسام فى محاذاة الثديين وفى الجهة اليسرى يصير غير واضح فى قسم القلب وأسفل من ذلك يوجد الصوت الرئوى لغاية الضلع السابعة تقريبا ومن هنالك تبتدئ الاصمية الكبدية التى تزداد كلما اتجه نحو البطن والجزء العلوى للخط المتوسط للقص يعطى صوتا أقل رنينا من الاجزاء الجانبية له و يتناقص شيأ فشيأ كلما اتجه نحو نتوه الخنجرى وفى الجهة الجانبية للصدر المحدودة من الامام بالحافة المقدمة لحفرة الابط ومن الخلف بالحافة الخلفية لهذه الحفرة يسمع صوت رئوى واضح يبتدئ من حفرة الابط الى الضلع الخامسة أو السابعة ومن الخلف توجد الرنانية الصدرية من أعلى الى أسفل فى المسافة بين اللوحين لكن تتناقص فى محاذاة الضلع الثانية أو الثالثة الكاذبتين وأعلى تلك المسافة تكون الرنانية الصدرية متناقصة لاسيما فى الجزء فوق الشوكة بسبب العظام والعضلات الكتفية وتتضح قليلا تحت الشوكة لكن اليد المقروعة فى الحالة الصحية تحس بمرونة بخلاف الحالة المرضية فانها

تحس

تحس فيها بمقاومة فى نقط الاصمية وأسفل من ذلك فى الجزء المقابل لزوايا الاضلاع يظهر الصوت الرئوى بوضوح وأسفل من ذلك يستعاض بأصمية ناشئة عن وجود الكبد فى الجهة اليمنى والطحال فى اليسرى وتختلف الرنانية الصدرية باختلاف الاشخاص والسن والضخامة والنحافة واتساع الصدر وضيقه

(فى الظواهر المرضية)

الرنانية الصدرية قد تتزايد أو تتناقص عن الحالة الطبيعية تبعا للحالة المرضية الموجودة فتزايدها قد يحصل مع حفظهما لصفاتها وقد تزداد وتصير شبيهة بالصوت الناشئ عن قرع القولون المتمدد بالغاز وتسمى حينئذ بالرنانية الطبلية

والرنانية المتزايدة فقط بدون تنوع فى صوتها قد تكون عمومية أو قاصرة على جزء محدود وتنشأ عن تمدد انفيزيماوى و يندر أن تنشأ عن تمدد شعبى أو كهفى أو عن الانسكاب البليوراوى الغازى أعلى من السائل أو عن بعض أحوال التكبد الرئوى الخلقى انما يكون مجلس الرنانية حينئذ فى الجهة المقدمة أسفل الترقوة ومتى كانت الرنانية الطبيعية متزايدة بدون تغير كانت المسافات بين الاضلاع منبعجة والترقوتان بارزتين واذا كانت الرنانية ناشئة عن انفيزيما جدر الصدر تكون هذه الجدر سميكة وبضغطها يحس بأزيز

والفتق الرئوى وان كان نادر الحصول يكوّن وربما ذارنانية متزايدة وفى أحوال الانفيزيما الرئوية قد يكون تزايد الرنانية عظيما وعادة يكون التزايد أكثر وضوحا فى نقط مخصوصة وعلى العموم يتنوع شكل القفص الصدرى فيصير أكثر تحدّبا من الحالة الطبيعية والمسافات بين الاضلاع تكون مرتفعة ارتفاعا مختلفا والترقوتان قليلتى البروز ومتى كان تزايد الرنانية قاصرا على جزء محدود يكون القفص الصدرى محدّبا فى هذا الجزء خصوصا متى كان مجلسه الجهة المقدمة من الصدر

والصوت الطبلى يشبه الصوت الناشئ عن قرع القسم الشراسيفى عند ماتكون المعدة متمددة بغازات وهذا الصوت يعلن بوجود غازات مجتمعة فى تجويف البليورا وأحيانا يسمع صوت يشبه صوت الاناء المشعور ولاجل ادراكه جيدا يؤمر المريض بفتح فمه ويقرع مرة واحدة ووجوده يدل على كهف رئوى مشتمل على هواء وسائل

وتناقص الرنانية الصدرية قد يكون خفيفا وغير ناشئ عن حالة مرضية بل عن سموكة المنسوج العضلى والطبقة الشحمية لجدر الصدر ويتأكد ذلك متى كانت موجودة فى جهتى الصدر فى النقط المقابلة وقد تكون ناشئة عن تغير مرضى اما فى جدر الصدر واما فى البليورا أو فى الرئة فجدر الصدر متى كانت متمددة

تمددا

تمددا عظيما أو مرتشحة ارتشاحا أوزيماويا تكون الرنانية الصدرية
حينئذ متناقصة وكذا فى الالم الحدارى لعضلات الصدر تكون
الرنانية متناقصة بسبب عدم تمدد الصدر تمددا طبيعيا خوفا من
تزايد الالم ومثله وجود دمل أوخراج فى جدر الصدر

وتناقص رنانية الصدر يشاهد بكثرة فى الالتهاب البليوراوى متى
كانت كمية النضح قليلة أو وجدت التصاقات بها يصعد السائل
ويكون طبقة خفيفة أو عقب تكون طبقة من أغشية كاذبة أو
عقب التصاقات منعت تمدد الرئة وأخذها لحجمها الاصلى وقد
يكون تناقص الرنانية ناشئا عن الاستسقاء الصدرى الخفيف
فى تجويف البليورا وفى هذه الاحوال يكون التناقص فى الجزء
السفلى وفى الحالة البسيطة منه يتغير مجلس تناقص الرنانية
بتغير وضع المريض

ويشاهد تناقص الرنانية الصدرية أيضا فى الاحوال التى فيها
يتكاثف المنسوج الرئوى كما فى الاحتقان الرئوى وفى الدور الاول
للالتهاب الرئوى وفى التكبد الاحتباسى وفى الدرن الرئوى
والارتشاح الجبنى الرئوى وفى التمدد الشعبى والتولدات المرضية
الاخرى

ويقال لصوت القرع أصم عند مايشبه الصوت الناشئ عن قرع

الفخــذ ومجاس الصوت الاصم واتساعه يختلفان ويكون مصحوبا
على العموم بمقاومة تحت الاصبع المقروع

والاصمية التامة تنشأ عن تكبد رئوى سواء كان ناشئا عن وجود
عدد عظيم من درن أو عن الالتهاب الرئوى أو عن انضغاط الرئة
بنضح بليوراوى عظيم ويندر أن تكون ناشئة عن وجود أورام
فى جدر الصدر أو فى البليورا أو فى تجويف الصدر بشرط أن تكون
ملامسة للاضلاع

(فى القرع على قسم القلب)

(وفى الظواهر الطبيعية)

الاصمية القلبية تشــغل ٥ أو ٦ سنتمتر تقريبا وتبتدئ من أعلى
نحو الضلع الرابعة وتمتد الى أسفل نحو الضلع السادســة وتكون
أكثر وضوحا فى مركز هــذه المسافة وعدم وضوحها فى النقط
الاخرى ناشئ عن تغطية القلب بالحافة المقدمة من الرئة اليسرى
ولذا يلزم أن يقرع بقوة لاجل سماع الاصمية القلبية

(فى الظواهر المرضية)

قد تســتعاض الاصمية القلبية برنانية زائدة وذلك فى انفــيزيما
الرئة وهو الغالب أو بسبب ضمور القلب وهــذا نادر وأندر من
ذلك أن تكــون ناشــئة عن تجمع غازى للتامور لكن التغــير
الاكثر مشاهدة هو تناقص رنانية قسم القلب أى وجود أصمية

مع

مع وجود مقاومة للاصبع المقروع وهذه الاصمية قد تكون ناشئة عن وجود جلطة دموية عظيمة فى القلب أو عن ضخامة قلبية أو عن وجود سائل فى التامور

(فى قرع البطن)

(قواعد خصوصية)

لاجل قرع الجهة المقدمة من البطن ينبغى أن يستلقى المريض على ظهره ثانيا فخذيه على بطنه وساقيه على فخذيه لاجل امكان ضغط الجدر المقدمة للبطن والوصول للاعضاء الغائرة ولاجل قرع أحد المراقين يلزم أن يضطجع المريض على المراق الآخر وفى قرع البطن يفضل القرع على البليسمتر أى مقياس القرع المتقدم الذكر

(الظواهر الفيسيولوجية)

لاجل معرفة قرع البطن جيدا ينبغى تقسيمها الى ثلاث مناطق أفقية المنطقة الاولى تشتمل على القسم المعدى والمراقين والثانية تشتمل على القسم السرى والخاصرتين والمنطقة الثالثة تشتمل على القسم الخثلى والحقوين أو الحفرتين الحرقفيتين وفى القسم المعدى يكون صوت القرع أصم قليلا فى الجزء العلوى اليمنى بسبب وجود الفص اليسارى للكبد وعلى يسار ذلك يكون الصوت معويا

متى كانت المعدة فارغة وأصم متى كانت ممتلئة بالمواد الغذائية وصوت قرع المراق الايمن يكون اصم من ابتداء الضلع السادسة أو السابعة أسفل الترقوة الى الاضلاع الكاذبة التى فيها تبتدئ الرنانية المعوية وهذه الاصمية تمتد عرضا الى العمود الفقرى من الخلف والى يسار الخط المتوسط بخمسة أو ستة سنتيمتر من الامام

وفى المراق الايسر يوجد صوت معدى وتوجد وحشيه أصمية الطحال طولها ثلاثة قراريط ونصف وعرضها ثلاثة قراريط وصوت القسم السرى يكون معويا فى جزئه المركزى وفى جزئيه الجانبيين ووحشيهما وخلفهما توجد اصمية الكلى

والقسم الخثلى يعطى فى جزئه المركزى صوتا رنانا اذا لم تكن المثانة او الرحم ممتلئين وفى الجهتين الحرقفيتين يوجد الاعور فى الجهة اليمنى والتعريج السينى فى اليسرى وصوتهما يكون رنانا متى كانا فارغين وأصم متى كانا محتويين على مواد ثفلية أو فيهما ورم ما

﴿تم بحمده تعالى وصلى الله وسلم على سيدنا محمد وآله وصحبه والحمد لله رب العالمين﴾

(يقول خادم تصحيح العلوم بدار الطباعة الكبرى العامرة
ببولاق مصر القاهرة الفقير الى الله تعالى محمد الحسينى
أعانه الله على أداء واجبه الكفائى والعينى)

يامن خلقت الانسان فى أحسن تقويم ومننت عليه بلطيفة البصر والسمع وفضلته بخصيصة العقل السليم فاهتدى بذلك الى مايصلح باطنه وظاهره وسلك من سبله الطريق القويم نحمدك على جميل نعمك ونشكرك على مزيد فضلك وكرمك ونصلى ونسلم على نبيك الاكرم وحبيبك الاعظم سيدنا محمد الذى أحكمت فى خلقته اعتدال الطبائع الاربع ولم تعتدل كما ينبغى فيمن سواه فجاء صلى الله عليه وسلم على أكمل الاخلاق وأجل الصفات واختصصته من القرب بما لم يصل اليه غيره وسارعت فى هواه وعلى آله وصحبه ومحبيه وحزبه (أما بعد) فلما كان علم الطب من أنفع ماامتاز به نوع الانسان اذبه يكون اعتدال الطباع وسلامة المزاج وصحة الابدان وكان من أبدع فروعه وأبرعها وأنجع أصوله فى ابراء الباطن وأوحاها فى الاهتداء الى الادواء الخفية الباطنة وأسرعها الفرع المسمى (بالتسمع والقرع) وياله من فرع فاق كل أصل وفرع اذبه تعرف الامراض الباطنة بحاسة السمع وكان ممن فاق فى هذا الفن على أقرانه واستنزل الممتنع على من

سواه من شاهق مكانه الطبيب الماهر والنطاسى البارع الباهر
سيد كل معيد فى هذا الفنّ ومبدى سعادة عيسى باشا حمدى
فانه حفظه الله قلب هذا الفنّ بطنا لظهر وألف فيه هذا الكتاب
اللطيف النافع للمحتاج مدى الدهر جمع فيه من القواعد أمتنها
وأثبت فيه من الاصول أمكنها صغير الجسم لكنه كبير العلم اذا
أتقن مطالعه مفرداته وجمله بلغ من هذا الفنّ أمله وزاد بحسن
هذا الطبع بهجة وجمالا ورقة وكمالا اذبدر بدره فى أفق دار
الطباعة الكبرى الزاهية الزاهرة ببولاق مصر القاهرة فى ظل
الحضرة الخديوية والطلعة الداورية حضرة من عمّ رعاياه باحسانه
وفضله وأنامهم فى ظلال أمنه وعدله الذى هو بجميل الثناء
عليه بكل لسان حقيق أفندينا محمد باشا توفيق أدام الله علينا
أيامه ووالى علينا انعامه وحفظ أنجاله الكرام وجعلهم غرّة
فى جبين الليالى والايام وكان تمام طبعه وبدوّ زهره
وينعه فى أواخر الربيعين من عام أربع بعد ثلثمائة
وألف من هجرته عليه أفضل الصلاة
والسلام وعلى آله وصحبه
البررة الكرام

()

ولما

ولما لاح بدره فى دارة التمام وفاح من أردانه مسك الختام قرظة محرر مبانيه قبل الطبع ومشيد مغانيه لكمال النفع العالم الفاضل واللوذعى الكامل الاستاذ الشيخ مرسى على خوجة العربى والمصحح بمدرسة الطب فقال

هذى الدرارى التى فى سلكها نظمت
بمثلها الدهر يوما قط ما سمحا
تنبى عن القرع والتشخيص حائزة
حسن التسمع فيها القول قد رجحا
لله درّ أخى العليا مؤلفها
مذ صاغها كل صدر ضار منشرحا
نهاية ما لها فى الطب من شبه
وطالب النيل منها مقصدا نجحا
فالسعد والعز والاقبال أرّخها
بشر نهاية عيسى طبعها منحا

بشر	نهاية	عيسى	طبعها	منحا
٥٠٢	٤٦٦	١٥٠	٨٧	٩٩

سنة ١٣٠٤

(فهرست كتاب)

نهاية الاصل والفرع فى التسمع والقرع

(فهرست كتاب)

(نهاية الاصل والفرع في التسمع والقرع)

صحيفة

٥ في التسمع والقرع
٦ منفعة التسمع في البحث عن المريض
٦ في القواعد التي ينبغي اتباعها في فعل التسمع
٨ في شكل المسماع ومادته
٩ في التسمع على الجهاز التنفسي
٩ في الخرير التنفسي
٩ قواعد عمومية
١١ في الظواهر الفيسيولوجية للخرير التنفسي
١١ في أوصاف الخرير التنفسي
١٣ في الظواهر المرضية
١٥ في تغيرات نغم الخرير الحويصلي أي التنفسي
١٦ أسباب تزايد الخرير التنفسي
١٧ تفسير تزايد قوة نغم الخرير التنفسي
١٧ في ضعف الخرير الحويصلي
١٨ أسباب ضعف الخرير الحويصلي

(تابع فهرسة كتاب نهاية الاصل والفرع فى التسمع والقرع)

صحيفة

٢١ فى تغير طرز الخرير التنفسى
٢١ تفسيره المرضى
٢٤ فى تغيرات صفة الخرير التنفسى
٢٤ فى التنفس الخشن
٢٥ تفسير أسبابه
٢٦ فى التنفس الشعبى
٢٩ فى التنفس الكهفى
٣٠ فى التنفس القدرى أو النفخ المعدنى
٣٣ فى الاصوات غير الطبيعية
٣٣ فى الصوت الاحتكاكى
٣٥ فى الالغاط التنفسية
٣٦ فى اللغط الجاف الرنان ويسمى أيضا بالشعبى الجاف
٣٨ فى اللغط الفرقعى ويسمى بالحويصلى
٤١ فى اللغط تحت الفرقعى أو الخاطى أو الشعبى الرطب
٤٤ فى اللغط الكهفى أو الازيزى لبعض المؤلفين
٤٥ فى الاصوات الصدرية أى وصول الاهتزازات الصوتية
٤٧ فى الصوت الشعبى

(تابع فهرسة كتاب نهاية الاصل والفرع فى التسمع والقرع)

صحيفة

٤٨ فى الصوت المعزى
٤٨ فى الصوت الكهفى (تكلم صدرى)
٤٩ فى الصوت الزلعى
٤٩ فى تسمع السعال
٥١ فى السعال الانبوبى أو الشعبى
٥١ فى السعال الكهفى
٥٢ فى السعال الزلعى
٥٢ فى الرنة المعدنية
٥٣ فى الصوت التموجى للصدر
٥٤ فى سماع الحنجرة
٥٦ فى تسمع الجهاز الدورى
٥٦ قواعد عامة
٥٧ صفة ألغاط القلب الطبيعية
٥٨ ألغاط القلب الطبيعية
٦٠ فى ألغاط القلب المرضية
٦١ فى تغير مجلس ألغاط القلب
٦٣ فى تغير سعة مجلس لغطى القلب
٦٤

(تابع فهرسة كتاب نهاية الاصل والفرع فى التسمع والقرع)

صحيفة

٦٤ فى تغير شدّة ألغاط القلب
٦٤ فى تغير طرز ألغاط القلب
٦٥ فى التواتر
٦٦ فى تغير نظام تعاقب الالغاط القلبية
٦٧ فى تغير عدد ألغاط القلب
٦٧ فى الالغاط الغير الطبيعية للقلب
٦٨ النوع الاوّل فى الالغاط داخل القلب
٦٨ فى اللغط المنفاخى
٦٩ فى تشخيص الالغاط غير الطبيعية
٧٢ فى اللغط المبشرى والمبردى والمنشارى
٧٣ النوع الثانى من الالغاط غير الطبيعية أى المتكوّنة خارج تجويف القلب
٧٣ فى الالغاط الحاصلة فى الاعضاء المجاورة للقلب
٧٣ فى تسمع الاوعية الغليظة
٧٣ قواعد خصوصية
٧٤ فى الظواهر الفيسيولوجية
٧٤ فى الظواهر المرضية

(تابع فهرسة كتاب نهاية الاصل والفرع فى التسمع والقرع)

صحيفة

٧٤ أسباب الالغاط المرضية للاورطى
٧٥ فى تسمع البطن
٧٦ فى النفخ الرحمى
٧٧ فى لغط قلب الجنين أى ضربات قلبه
٧٧ (فى القرع)
٧٨ قواعد عمومية للقرع
٧٩ فى قرع الصدر
٨١ فى الظواهر المرضية
٨٤ فى القرع على قسم القلب
٨٤ وفى الظواهر الطبيعية
٨٤ فى الظواهر المرضية
٨٥ فى قرع البطن
٨٥ قواعد خصوصية

(تمت)

